Dr. G. BANU.
profesor la FACULTATEA DE MEDICINĂ

TRATAT DE MEDICINĂ SOCIALĂ

VOLUMUL I

Scanned with OKEN Scanner

CUVÂNT INTRODUCTIV

Acest Tratat de medicină socială este, în primul rând, rezultatul cercetărilor pentru propria mea lămurire într'o materie ce nu avea încă o concepție unanim acceptată pe plan universal. Elaborarea lucrării, în forma în care se prezintă, este expresia experienței mele personale, a cursurilor mele la Institutul de Igienă din București, precum și a consultării literaturii universale din acest domeniu.

Față de calea pe care se îndreaptă astăzi grija de sănătate, igiena veche — tratând bolile infecțioase și poliția sanitară — a rămas cu totul necorespunzătoare. De aceea un Tratat de medicină socială apare ca o necesitate pentru învățământ și pentru fixarea nouii orientări.

Alături de școala terapeutică, trebue să intervină medicina socială, spre a preveni boala și a înlătura toți factorii de natură a degrada sănătatea. Ideea centrală în medicina socială este omul social, așa încât această disciplină devine știința care se ocupă de înlăturarea factorilor dăunători omului și de asigurarea condițiilor optime pentru desvoltarea sa.

Așa se explică tratarea în această lucrare a capitolelor: eugenia, demografia, problema mamei și a copilului, igiena școlară, medicina socială a bolilor, cultura fizică, alimentația și locuința, etc., precum și noile principii de organizare a sănătății publice.

Caracterul medico-social al lucrării lărgește cercul celor interesați în această materie, cuprinzând, pe lângă medici, pe sociologi, corpul didactic, personalul de conducere din muncă, din asistența socială, din administrație, etc. Credem că Tratatul de medicină socială va veni în ajutorul tuturor celor cari, în dorința de a-și exercita misiunea în acest domeniu, sunt lipsiți de informații și orientare.

Exprim recunoștință Domnului Profesor I. Petrovici, Ministru al Culturii Naționale și al Cultelor, pentrucă mi-a asigurat, prin Casa Școalelor, imprimarea acestei vaste lucrări.

Scanned with OKEN Scanner

TABLA DE MATERII

A VOLUMULUI I

	Pag.
Cuvânt introductiv	V

CAP. I

MEDICINA SOCIALĂ CA ȘTIINȚĂ

I. EVOLUȚIA GENERALĂ A IDEILOR PRIVIND MEDICINA SOCIALĂ	3
II. SFERA DE ACȚIUNE ȘI MATERIA MEDICINEI SOCIALE	8
A. *Sfera de acțiune*	8
B. *Materia medicinei sociale*	12
III. IMPORTANȚA MEDICINEI SOCIALE	15
IV. PRIVIRE ISTORICĂ	19
A. *Evoluția istorică pe mari etape*	19
B. *Date istorice (Expunere analitică)*	21
1. Perioada antichității	21
2. Evul mediu	22
3. Secolele XV și XVI	23
4. Secolul XVII	23
5. Secolul XVIII	23
6. Secolul XIX	24
7. Secolul XX	26
V. METODELE MEDICINEI SOCIALE	27
VI. INVĂȚĂMÂNTUL MEDICINEI SOCIALE	32
A. *In țările industrializate*	34
B. *In țările de tip agricol*	35
VII. MEDICINA SOCIALĂ IN ROMÂNIA	36
BIBLIOGRAFIE	41

Scanned with OKEN Scanner

CAP. II

EUGENIA

Pag.

I. DEFINIȚIA ȘI OBIECTIVELE EUGENIEI 48
A. *Definiții* 48
B. *Obiective* 50

II. EVOLUȚIE ISTORICĂ 53
A. *Perioada antichității* 53
B. *Evul mediu* 55
C. *Evul modern* 56
D. *Perioada contimporană* 59

III. CONSIDERAȚIUNI ASUPRA EREDITĂȚII 65
A. *Evoluția ideilor* 66
B. *Ereditatea la om* 69
1. Ereditatea normală 69
2. Ereditatea patologică 72
3. Exemplificarea modalităților principale de transmitere a eredității patologice 73
4. Monomerie și polimerie 75
5. Problema determinării sexului 76
6. Importanța studiului gemenilor 76
7. Problema constituției 77

IV. STUDIUL RASEI 80
A. *Formarea și încrucișarea raselor primitive* 81
B. *Diferențieri pe bază morfologică* 83
C. *Diferențieri pe bază biochimică* 85
D. *Compoziția rasială a câtorva popoare europene* 90

V. FIZIOPATOLOGIA RASEI 94
A. *Considerațiuni asupra fiziologiei raselor* 94
B. *Date asupra patologiei raselor* 96

VI. STUDIUL FACTORILOR CARE COMPROMIT VALOAREA BIOLOGICĂ A DESCENDENȚII (FACTORII DISGENICI) 103
A. *Factori endogeni* 103
1. Boli cu transmisiune ereditară 103
a) Debilitatea mintală 104
b) Schizofrenia 106
c) Psihoza maniaco-depresivă sau ciclică 110
d) Epilepsia ereditară 112
e) Coreea ereditară 114
f) Cecitatea ereditară și afecțiunile ereditare ale ochiului . 116
g) Surditatea ereditară 119
h) Malformații fizice ereditare 120
2. Factori infecțioși 122
a) Infecțiunea sifilitică 122
b) Infecțiunea gonococică 125
c) Tuberculoza 126

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

d) Malaria 123
3. Factori toxici 128
a) Alcoolismul 128
b) Diverse toxicomanii 132
B. *Factori de mediu sau peristatici* 133
VII. NECESITATEA PROMOVĂRII EUGENICE A MASSEI MIJLOCII A POPULAȚIEI 138
A. *Supradotații și regresiunea lor numerică* 138
B. *Disgenicii, sarcină pentru politica socială* 140
C. *Massa mijlocie și normală, garanția normalizării biologice* . . 142
VIII. MĂSURILE PRACTICE DE EUGENIE (POLITICA EUGENICĂ) . 143
A. *Măsuri biologice* 143
1. Certificatul medical prenupțial 143
2. Controlul preventiv al nașterilor și avortul eugenic . . . 149
3. Lupta contra metisajului 150
4. Combaterea consangvinității 151
5. Segregarea 152
6. Sterilizarea și castrarea eugenică 152
a) Privire istorică 152
b) Legiferări în Germania 153
c) Legiferări în alte state europene și în Statele Unite . . 157
7. Studiul științific al eredității și al igienei rasei 158
a) Pregătirea în institute speciale 158
b) Tabele genealogice și de spiță 159
B. *Măsuri sociale* 161
1. Colonizări rurale 162
2. Micile colonizări rurale și suburbane 163
C. *Politica eugenică a familiei* 164
1. Împrumuturi pentru consolidarea familiei numeroase și ereditar normală 166
2. Asigurarea integrității proprietății rurale în scop eugenic . . 168
3. Compensarea sarcinilor familiale 169
4. Reforme fiscale 171
5. Politica salarizărilor 174
6. Diverse alte avantaje pentru familiile numeroase și biologic normale 175
7. Legislații complecte de politică a familiei 176
D *Măsuri de medicină socială* 178
1. Combaterea bolilor sociale 178
2. Igienă mintală 180
a) Igiena mintală privită în general 180
b) Igiena mintală la copii 182
3. Educația eugenică a populației 184
4. Câteva norme de organizare a documentării eugenice . . . 186
BIBLIOGRAFIE 188

*

Pag.

CAP. III

DEMOGRAFIA

I. IMPORTANȚA ȘI OBIECTIVELE ȘTIINȚEI POPULAȚIEI . . . 208
A. *Demografia, știința proceselor de populație* . . . 208
1. Considerațiuni introductive . . . 208
2. Omul considerat din punct de vedere static . . . 208
3. Omul considerat din punct de vedere dinamic . . . 209
4. Prioritatea colectivității . . . 210
B. *Sfera de acțiune a demografiei* . . . 210
1. Studiul populației actuale . . . 211
2. Populația considerată în spațiu . . . 212
3. Populația considerată în timp . . . 213
C. *Demografia la baza economiei politice* . . . 214
1. Importanța „capitalului viu" . . . 215
2. Structura demografică, creatoare de capital viu . . . 215
D. *Demografia și politica socială* . . . 216
E. *Evoluția istorică a demografiei* . . . 217
F. *Tendințe actuale* . . . 218
II. METODE FOLOSITE ÎN INVESTIGAȚIILE DEMOGRAFICE . . . 221
A. *Metoda recensământului* . . . 222
B. *Metoda monografică* . . . 223
C. *Metoda înregistrării continui și chestionarul* . . . 224
D. *Utilizarea datelor* . . . 227
1. Date și proporții utilizate în mod obișnuit în demografie . . . 228
2. Reprezentări grafice . . . 229
3. Interpretarea biologică a datelor demografice . . . 231
III. STATISTICA VITALĂ . . . 232
A. *Fenomenele demografice* . . . 233
1. Densitatea specifică . . . 233
2. Nupțialitatea . . . 233
3. Divorțurile . . . 236
4. Natalitatea . . . 238
5. Fertilitatea . . . 239
6. Mortalitatea . . . 243
7. Mortalitatea infantilă . . . 245
8. Excedentul natural . . . 251
9. Indicele vital . . . 257
10. Populația după neamuri . . . 261
11. Populația după profesiuni . . . 262
12. Populația după gradul de instrucție și cultură . . . 263
13. Durata medie a vieții . . . 265
14. Situația demografică comparată a diverselor țări . . . 265
B. *Dinamica populației* . . . 267
1. Examenul și clasificarea populațiilor după structura pe grupe de vârstă . . . 269
a) Analiza grupelor de vârstă . . . 270

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

b) Clasificarea țărilor după raportul grupelor de vârstă . . 273
c) Evoluția structurii populației statelor 276
2. Tendințele evolutive ale populației diverselor state . . . 279
a) Țări cu evoluție ascendentă 279
b) Țări staționare 279
c) Țări cu evoluție descendentă 283
d) Evoluția mortalității pe grupe de vârstă 285
α. Mortalitatea infantilă 285
β. Mortalitatea tuturor grupelor de vârstă 288
e) Tendința evolutivă a duratei medii a vieții 293
3. Îmbătrânirea popoarelor și previziuni asupra evoluției lor . 295
a) Ciclul și îmbătrânirea popoarelor 295
b) Previziuni asupra evoluției numerice a popoarelor . . . 296
C. *Statistica vitală a populației României* 297
1. Densitatea populației 298
2. Evoluția numerică a populației României 299
3. Starea civilă 301
4. Natalitatea și fertilitatea 306
5. Mortalitatea 312
6. Mortalitatea infantilă 315
7. Cauzele de deces 320
8. Excedentul natural 327
9. Indicele vital 330
10. Populația României pe grupe de vârstă 332
11. Evoluția structurii demografice a României 335
12. Populația pe neamuri și religii 336
13. Media de viață 338

IV. SITUAȚIA CALITATIVĂ A POPULAȚIEI 338
A. *Influența morbidității asupra valorii calitative a populației* . . 339
B. *Ereditatea patologică și consecințele ei demografice* 324
C. *Necesitatea normalizării calitative a massei mijlocii a populației* . 346

V. INFLUENȚA DIVERSILOR FACTORI ASUPRA EVOLUȚIEI POPULAȚIEI 348
A. *Formațiunea și rolul claselor sociale* 348
1. Ipoteza formațiunii prin diferențieri constituționale . . . 348
2. Formațiunea claselor sociale ca expresie a mediului . . . 350
3. Rolul claselor sociale în demografie 351
B. *Influența factorilor de mediu* 352
1. Condițiuni economice 352
a) Populația activă și neactivă 352
b) Influența factorului economic asupra mortalității infantile . 353
c) Factorul economic și natalitatea 353
d) Înrîuriri ale demografiei asupra factorilor economici . . 354
2. Condițiunile de locuință 354
3. Factori profesionali 355
4. Factori culturali 357
5. Factori sanitari 357
6. Factori morali 358

Pag.

7. Industrializarea şi urbanizarea 358
8. Mediul familial 360
9. Fenomenul denatalităţii 361
a) Generalitatea fenomenului 361
b) Cauzele denatalităţii 361
α. Factori psihologici 362
β. Factori sociologici 363
γ. Factori economici 364
δ. Factori biologici 365
c) Argumente pentru şi contra denatalităţii 367
d) Privire sintetică 368
10. Migraţiunile 369
a) Migraţiuni exterioare şi exodul 369
b) Migraţiuni interioare 371
11. Factorii mediului fizic 374
12. Factori cu caracter de calamitate 374
C. *Rezultatele biologice ale acţiunii mediului, în demografie* . . 375
1. Acţiunea mediului asupra natalităţii, validităţii şi longevităţii . 375
a) Natalitatea socială 375
b) Validitatea socială 376
c) Longevitatea în funcţie de mediu 377
2. Acţiunea mediului asupra mortalităţii generale 378
3. Acţiunea mediului asupra mortalităţii pe grupe de vârstă . 379
4. Acţiunea mediului asupra morbidităţii 380

VI. POLITICA POPULAŢIEI 381
A. *Justificarea politicii demografice* 381
B. *Politica demofilă* 384
1. Evoluţia cantitativă a populaţiei 384
2. Principii de politică demofilă sau cantitativă 387
3. Măsuri practice demografice pentru creşterea populaţiei . . 391
C. *Politica eugenică (igiena rasei)* 394

BIBLIOGRAFIE 397

LISTA ALFABETICĂ A AUTORILOR 407

TABLA ALFABETICĂ A MATERIILOR 415

Scanned with OKEN Scanner

MEDICINA SOCIALĂ CA ȘTIINȚĂ

Scanned with OKEN Scanner

MEDICINA SOCIALĂ CA ŞTIINŢĂ

I. EVOLUŢIA GENERALĂ A IDEILOR PRIVIND MEDICINA SOCIALĂ. — II. SFERA DE ACŢIUNE ŞI MATERIA MEDICINEI SOCIALE: A. *Sfera de acţiune;* B. *Materia medicinei sociale.* — III. IMPORTANŢA MEDICINEI SOCIALE. — IV. PRIVIRE ISTORICĂ: A. *Evoluţia istorică pe mari etape;* B. *Date istorice*: 1. Perioada antichităţii; 2. Evul mediu; 3. Secolele XV şi XVI; 4. Secolul XVII; 5. Secolul XVIII; 6. Secolul XIX; 7. Secolul XX. — V. METODELE MEDICINEI SOCIALE. — VI. ÎNVĂŢĂMÂNTUL MEDICINEI SOCIALE. — VII. MEDICINA SOCIALĂ IN ROMÂNIA. — BIBLIOGRAFIE.

I. EVOLUŢIA GENERALĂ A IDEILOR PRIVIND MEDICINA SOCIALĂ

Medicina socială este o ştiinţă cuprinzătoare, care consideră omul în spaţiu şi în timp.

Omul, ca unitate în mediul exterior în care trăeşte, suferă influenţa ambianţei şi trebue considerat în raporturile sale cu aceasta; totodată, fiind purtătorul şi produsul eredităţii, precum şi generatorul lumii care urmează, el trebue considerat în timp, adică trebue să se cunoască pe deoparte trecutul său biologic, pe de altă parte

valoarea sa pentru perpetuarea în viitor. In acest spirit, astăzi *medicina socială este disciplina care consideră omul ca un inel de legătură între generații, studiază influența diferiților factori asupra sa și organizează măsurile preventive și curative, sanitare și sociale, pentru a-i asigura un optim biologic.* Această precizare de obiective este mai largă decât clasicele definiții ale igienei : „arta de a conserva sănătatea" în concepția individualistă, sau „studiul cauzelor bolilor" în concepția etiologică, și chiar mai vastă decât definițiile mai recente, cari fac din igienă „știința raporturilor omului din punct de vedere al sănătății, cu mediul exterior și colectivitățile umane" (1).

Concepțiunea actuală a medicinei sociale își găsește origina în însăși începuturile medicinei, când această disciplină urmăria studiul raporturilor omului cu întreg mediul înconjurător, precum și cunoașterea stării umorale. *Hipocrate* (2) spunea : „omul se compune „din numeroase umori și organe; fiecare umoare și fiecare organ are „acțiunea sa particulară și suferă influența diverselor alimente, băuturi „*și a tot ce înconjoară omul;* deaceea, pentru a cunoaște natura omului, „trebue studiat tot ce poate avea vreo influență asupra lui".

Platon recunoaște autoritatea acestui mod de a judeca și integrează cugetarea medicilor epocii sale în sistemul filozofiei timpului. Nu se poate studia „natura sufletului" și „natura corpului" fără a cunoaște universalitatea lucrurilor care le înconjoară (2). La rândul lor, medicii școalei hipocratice, personalități de gândire și înaltă cultură, au avut aport în precizarea ideilor filozofice. „Acești Asclepiazi, cu spirit elegant și cultivați, se ridică în explicațiile lor până la filozofie" — spunea *Platon* (2).

In antichitate și în deosebi în epoca hipocratică politica și ideologia dominante erau laice, prin opoziție cu cea religioasă din evul mediu. Paralel cu medicina individuală și curativă, la antici se desvoltă o medicină a colectivităților și preventivă. Această a doua preocupare se încadrează în medicina socială. Se întreprind — și acolo găsim origina noii tendințe — o serie de inițiative privind ridicarea colectivităților și normalizarea eugenică. Istoria semnalează în antichitate preocupări eugenice, de igienă preconcepțională, educație fizică și urbanism. Deasemeni, în această epocă se institue pe alocuri medicul oficial sanitar al orașelor și circumscripțiilor. Infăptuirile au uneori caracter pozitiv de dirijare a sănătății și în acest scop se elaborează programe de aplicare în timp a medicinei preventive.

Prin opoziţie, *evul mediu,* dacă nu a oprit complet, a întârziat mult evoluţia medicinei sociale. In manifestările colective a dominat idealul religios. Ideologia aceasta a accentuat medicina individuală, cu preocupări exclusiv curative. Infăptuirile caracterizează epoca ; se desvoltă instituţiile medicinei curative: *spitalele.* In secolul XII organizarea spitalelor este destul de evoluată. La Constantinopole funcţiona un mare spital, cu numeroase secţii. Ca expresiune a dominaţiei clericale, se desvoltă şi *asistenţa.* Se întemeiază azile pentru bătrâni, săraci, infirmi, precum şi alte numeroase instituţii de ocrotire. Medicina epocii are numai un caracter defensiv, negativ. Se îngrijesc boalele organice şi se combat flagelele produse de bolile epidemice; se iau măsuri de carantină pentru vapoarele infectate, se organizează o igienă şi o poliţie a porturilor. Epoca aceasta nu se preocupă însă de dirijarea biologică a populaţiei, de ridicarea valorii fizice. Obiectivele de medicină preventivă şi socială rămân minimale.

Epoca modernă prezintă două înfăţişări diferite, după ideile politico-sociale cari au dominat (3).

Până la revoluţia franceză (1789), a stăpânit concepţia statului absolutist. Centralizarea în administraţie a făcut să crească autoritatea constructivă a conducătorilor. Consecutiv, epoca a fost favorizată sub raportul realizărilor de medicină socială. Preocuparea de colectiv o arată studiile lui *Paracelsus* asupra bolilor minerilor, încă din 1535, şi mai cu seamă lucrarea lui *Ramazzini* asupra bolilor meseriaşilor (1700). *Thomas Campanella* se preocupă de normalizarea descendenţii, înţelegând ca, împotriva individului, să dea prioritate intereselor statului. Este reafirmarea ideilor din epoca antică, susţinute de *Platon.* O dovadă de teren prielnic medicinei sociale, este apariţia de studii şi cercetări a căror valoare se menţine până în zilele noastre. Ştiinţa statistică îşi are origina în secolul al XVII-lea, apoi cercetările monografice sub denumirea de topografii medicale. Studii şi măsuri de igienă socială privind natalitatea, mortalitatea, condiţiile de viaţă, factorii profesionali, reiau firul ideilor lui *Hipocrate,* desvoltându-le în spirit ştiinţific. Personalităţi de seamă apar, ca: *Johann Peter Frank* (1745-1821), *Franz Anton Mai* (profesor la Heidelberg, 1802), *Jenner* (1749-1823), *Lavoisier* (1743-1794), cu aport ştiinţific important pentru medicina socială.

Revoluţia franceză impune forma de stat democratică. Deşi nu putem compara această epocă cu cea a evului mediu, de dominaţie clericală, se resimte totuşi predominenţa individului. Democraţia, la început cel puţin, a condus la un liberalism care a deschis o adversitate între stat şi individ. Deaceea s'a resimţit şi autoritatea medicinei

sociale. In schimb, societatea, cultura şi viaţa profesională sunt evoluate. Exigenţele colectivităţilor sunt satisfăcute prin variate iniţiative fructuoase. Igiena muncii se afirmă: în 1802 în Anglia, apoi în alte state europene (în 1819, 1831, 1833) se votează şi se aplică legi pentru muncitori. Totuşi medicina socială nu are în această epocă cel mai prielnic moment de desvoltare; deabia mai târziu, pe deasupra contingenţelor politice, dar în funcţie de cultură şi de progresele medicinei, medicina socială se afirmă definitiv ca ştiinţă şi ca metodă în organizarea sănătăţii colectivităţilor.

In adevăr, *în prima jumătate a secolului XIX* medicina şi sociologia se întâlnesc pe teren comun de lucru. Medici şi sociologi aduc aportul lor pe plan teoretic, ca şi prin cercetări pe teren şi organizări sociale. *Cadet de Gassicourt* (1802) institue consiliul sanitar al Parisului; *Villermé* se ocupă de muncitorii din industrie (1782—1863), *Parent-Duchâtelet* scrie un tratat de igienă publică, iar *Const. Pecqueur* (1840) un tratat asupra îmbunătăţirilor materiale în raporturile lor cu libertatea. Autori englezi, ca *Thomas Smith, Charles Hull, Sir George Buchanan,* aduc aport în studiul şi legislaţia muncii.

In a doua jumătate a secolului XIX întâlnim, la 1859, pe *Tardieu* care publică un dicţionar de igienă publică, apoi, la 1866, *Contini* publică lucrări asupra igienei muncii, deasemenea *Pierraccini,* în 1870. În Germania, *Max von Pettenkofer* întemeiază în 1866, Institutul de igienă. Numeroşi sociologi întăresc şi lărgesc obiectivele medicinei sociale: *Espinasse, Leroy-Beaulieu, Durkheim, Charles Gide, Léon Bourgeois.*

Problemele de biologie a omului, de ereditate, eugenie, rasă, sunt anticipate şi încadrate într'un program de aplicare practică, ca chestiuni de medicină socială, de către *Lucas* (1850), *Gustav Klemm, Gobineau* (1853, Despre inegalităţile raselor omeneşti), *Mendel* (1866), *Haeckel* (1860—70), *Galton* (1869).

Ideologia dominantă social-politică, nivelul cultural ridicat şi progresele realizate de ştiinţa medicinei au condus evoluţia istorică a medicinei sociale în progres continuu. Astăzi câteva principii axiomatice caracterizează şi orientează programul acestei discipline.

Prima idee pusă la temelia oricărei reforme de redresare a sănătăţii este aplicarea *metodei sănătăţii dirijate.* Principiul intervenţionismului activ este susţinut, pentru a nu mai lăsa joc liber diverşilor factori. Prin opoziţie cu concepţiunea filozofică-umanitară, liberală şi cu prea mare autonomie a iniţiativelor, metoda sănătăţii dirijate

Scanned with OKEN Scanner

coordonează prin conducere unitară. Liberul joc al forţelor de reproducţie, de odinioară, cu rezultatele pe cari putea să le dea selecţiunea naturală, în societatea modernă se găsia adesea paralizat. Protecţiunea acordată prin generozitate favoriza elementele inferioare şi debile ; se ajungea la o contra-selecţiune, prin decăderea sănătăţii colectivităţii şi a rasei. Deaceea s'a simţit nevoia intervenţionismului de stat, care răstoarnă tradiţionala auto-determinare şi supune pe individ intereselor generale ale colectivităţii, în materie de sănătate publică.

Predominenţa colectivului reprezintă al doilea principiu, care vine ca un corectiv împotriva tendinţelor egoiste ale individului. Autonomia individului, într'adevăr, cade adesea în conflict cu interesul general. Individul izolat este, sub regimul liberalist, mai ocrotit decât familia; el îşi organizează mai uşor viaţa; principiul medicinei sociale trebue să caute un corectiv, protejând familia, în special când e vorba de igiena rasei. Viaţa individului nu are sens decât în măsura integrării sale în viaţa colectivă. Medicina socială trebue deci să aibă dreptul a impune măsuri de ordin demografic şi de igienă de rasă, chiar cu preţul ştirbirii libertăţii individului. In interesul perfecţiunii rasei, a asistenţei şi a economiei sociale, politica de medicină socială trebue să intervină pentru normalizare. Reglementarea ocrotirii biologice a populaţiei, certificarea prenupţială, legiferarea delictului de contaminare venerică, sterilizarea, etc., sunt tot atâtea măsuri pentru protecţia colectivităţii. Lăsat în voia sa, individul poate deveni periculos societăţii şi supunerea sa unei anumite rigori nu ştirbeşte drepturile sale ca persoană, aşa cum susţin unii autori (4).

Prin opoziţie cu concepţiunea limitată a medicinei clasice, care reducea preocuparea ştiinţifică şi de organizare numai la individul bolnav (medicina individualistă şi curativă), astăzi medicina socială preţueşte în primul rând *populaţia validă*. Acest fel de a vedea pune pe întâiul plan politica profilactică, organizarea medico-socială preventivă, îndrumarea individului către familie şi consolidarea acesteia. Familia este celula primară a umanităţii, a naţiunii, a statului. Consecutiv acestui principiu se revoluţionează şi ideea de asistenţă. Asistenţa trebue îndrumată mai ales spre familiile sănătoase fizic şi moral, spre tineretul şi valorile productive ; copiii sănătoşi şi cu perspective de a deveni o elită a naţiunii trebue crescuţi în condiţii speciale de igienă şi confort. Asistenţa elementelor tarate, disgenice, cari sunt o sarcină a societăţii, rămâne o preocupare pe plan secundar. Un program în timp, dirijat metodic, va trebui să reducă cifra asistaţilor defectivi şi dependenţi, printr'un armament profilactic corespun-

zător (protecţia familiei, sterilizare, organizarea factorilor sociali, certificarea prenupţială, educaţie, etc.).

Politica demografică a elitelor biologice este deasemeni un principiu al medicinei sociale moderne. Idealul valorificării biologice a populaţiei prin creşterea valorii calitative şi menţinerea cantitativă stă la temelia existenţei şi concurenţei dintre naţiuni. Această politică reprezintă cultivarea egoismului naţional firesc. Din moment ce o zecime din populaţie în general este reprezentată prin disgenici, aproape nouă zecimi prin massa mijlocie a populaţiei şi numai o fracţiune redusă este elita intelectuală, fizică şi morală a naţiunii, este necesară o politică care să asigure o reducere a disgenicilor şi o creştere a valorilor superioare. Rectificarea eredităţii, o politică eugenică, ameliorarea ambianţei, fac astăzi parte din programul de organizare a sănătăţii. Ideea finalităţii popoarelor se consideră azi ca o erezie; nu se mai menţine afirmaţiunea că istoria popoarelor se aseamănă în totul cu cea a indivizilor, adică ar avea: o tinereţe, o maturitate şi un declin. Acest ciclu evolutiv nu este fatal decât atunci când principiile demografice şi eugenice sunt ignorate.

Boala nu este o fatalitate ineluctabilă. Ea poate fi redusă în acţiunea sa, nu atât prin îngrijirea bolilor, cât prin *prevenirea lor.* Ridicarea valorii biologice a omului, profilaxia factorilor nocivi, educaţia sanitară şi crearea de bune condiţii de viaţă, cresc puterea de rezistenţă a organismului la ofensiva bolii. Medicina socială, în sfera sa largă de lucru, cercetează şi organizează toţi aceşti factori, în temeiul experienţei dobândite până azi.

Medicina socială contimporană apare ca o victorie a cuceririlor gândirii şi a rezultatelor ştiinţei aplicate.

II. SFERA DE ACŢIUNE ŞI MATERIA MEDICINEI SOCIALE

A. Sfera de acţiune

Sfera de acţiune a medicinei sociale apare ca expresiune a însuşi felului în care această disciplină ştiinţifică priveşte omul, cu toate conexiunile cari îi influenţează şi determină evoluţia biologică.

1. Este firesc ca sfera de acţiune a medicinei sociale să se desfăşoare mai întâi *în cadrul sociologiei.* Dealtfel, în mod curent, se stabileşte o sinonimie între termenii „medicină socială" şi „sociologie medicală". Biologia socială — respectiv medicina socială — intră în mod normal în sistemul sociologiei generale, deoarece starea normală a omului nu poate fi decât starea socială. Nici nu ar putea fi consi-

derat omul izolat de societate, căci ar fi să lupte contra dispoziţiunii biologice cu care se naşte, de a se grupa în societate. Astăzi, în tratatele de sociologie figurează, alături de etică, istorie, filozofie, etc., şi biologia socială; iar în lucrările de medicină şi de igienă socială se cuprind sociologia biologică şi sociologia patologiei omului. Unii sociologi recunosc că biologia naţională intră în cadrul ştiinţelor sociale (5).

Medicina socială studiază înrîurirea mediului ambiant asupra grupelor omogene de indivizi, cu caracterul lor specific dobândit prin stratificarea socială realizată în timp. Ştiinţa sănătăţii pe grupe umane poate fi considerată dela mica unitate, familia, până la naţiune şi chiar rasă (6).

Factorii economici, culturali şi profesionali sunt de natură să influenţeze şi chiar să determine starea de sănătate a colectivităţilor (7). Gradul de civilizaţie, cultura igienică a populaţiei, sunt condiţionate de stările sociale. Corelaţia: cultură igienică — civilizaţie — stări sociale, s'a verificat suficient dealungul istoriei. Programele de redresare a stării de sănătate nu pot fi concepute azi, înainte de a se cerceta structura economică şi socială a claselor cărora ne adresăm (5); nu se poate face nici o operă legislativă fără prealabila analiză a acestor realităţi (8).

Medicii au întrezărit această interdependenţă între medicină şi sociologie. In afară de numeroase lucrări monografice, voi cita lucrarea caracteristică a lui *S. Neumann:* „Die Gesundheit und das Eigentum", din 1847. Mişcarea bunurilor şi configuraţia proprietăţii sunt puse în cursul istoriei în corelaţie directă cu starea sănătăţii publice.

Este unanim recunoscută azi, de către doctrinarii sociologi şi medici, înrîurirea reciprocă dintre medicina socială şi ştiinţele economico-sociale. Această reciprocitate de influenţe conduce la o colaborare intimă, care nu mai poate fi ignorată de nimeni. S'a putut spune chiar că la baza medicinei sociale stă însăşi politica socială a naţiunii (9).

2. *Igiena,* în vechea definiţie, a suferit profunde modificări sub influenţa medicinei sociale. Câmpul său de preocupări s'a lărgit; probleme noui figurează azi în materie de învăţământ al igienei, dictate îndeosebi de prioritatea colectivului faţă de individ. Necesitatea unei atari orientări a fost recunoscută, încă acum 60 de ani (1882), de către unul din cei mai autorizaţi reprezentanţi ai igienei. „Este necesară considerarea totalităţii realităţilor igienice impuse de *viaţa în comun a unui mare număr de oameni*", enunţă *Pettenkofer.* Intreaga evoluţie ulterioară a preocupărilor igieniştilor n'a făcut decât să justifice acest

fel de a vedea, până la concepţia avansată că medicina socială trebue să se ocupe de toţi factorii de mediu cari pot juca un rol în protecţia socială (10).

3. Unii au căutat să vadă un oarecare antagonism între medicina socială şi *medicina clinică,* în concepţia curentă a acesteia. De fapt, este vorba de o acţiune de influenţare reciprocă, din care câştigă în primul rând medicina clinică, ce nu mai poate fi menţinută în cadrul îngust al terapeuticii individuale. Această evoluţie a fost prevăzută încă din prima jumătate a secolului trecut, când clinicienii au căutat să studieze înrîurirea factorilor sociali asupra sănătăţii masselor.

Majoritatea clinicienilor recunosc că bolnavul nu poate fi conceput separat de societate ; el trebue considerat în legătură naturală cu mediul în care trăeşte şi care îl influenţează. Pe de altă parte, este nevoie de o *medicină a sănătăţii,* o medicină care să-şi îndrepte atenţia şi spre omul sănătos, consacrându-i în primul rând diagnosticul boalelor în *perioada preclinică.* Numai în modul acesta medicina poate deveni ştiinţa omului complect, a „omului social" (11).

In promovarea sănătăţii masselor, medicina clasică trebue să se preocupe în primul rând de omul sănătos sau considerat ca atare. Bolnavul, element devenit temporar impropriu muncii sau chiar cu infirmitate permanentă, serveşte ca punct de pornire pentru acţiunea de investigaţie în mediul ambiant şi instituirea mijloacelor medicinei preventive, în familie, atelier, şcoală, etc. Pe acest considerent se întemeiază noua instituţie a *clinicilor de medicină socială (René Sand,* la Spitalul St. Pierre din Bruxelles).

Dealtfel, medicina socială poate fi urmărită, în desfăşurarea investigaţiilor şi acţiunii sale, chiar după marile capitole ale medicinei clinice. Se pot deosebi : o fiziologie, o patologie şi o etiologie, toate *sociale.*

Mai relevăm, chiar de pe acum, că diversele ramuri ale medicinei clinice îşi au corespondentul lor social. Termenii : obstetrică socială, pediatrie socială, psihiatrie socială, ftiziologie socială, ginecologie socială, sunt utilizaţi în mod curent şi corespund unui conţinut real.

4. *Politica sanitară* a statului se îndrumează după normele medicinei sociale. Fără liniile date de această ştiinţă, politica sanitară rămâne empirică, rău dirijată şi fragmentar aplicată. Dealtfel, întreg complexul de acţiuni practice : politica populaţiei, medicina preventivă, medicina curativă, asistenţa socială şi o serie de capitole autonome (organizarea personalului medical, protecţia materno-infantilă, igiena rurală şi cea urbană, etc.) nu sunt decât însăşi *laturile normative,* laturile de aplicare ale medicinei sociale.

Scanned with OKEN Scanner

Legătura atât de strânsă între medicina socială și politica sanitară a fost întrevăzută încă acum o jumătate de secol, când s'a vorbit despre o medicină clinică și o medicină *politică*, având drept scop propășirea fizică a națiunii *(Puccinotti)*. „Medicina socială, prin toate „măsurile pe cari le ia, pe teren, exercită tutela asupra sănătății pu„blice", spunea *Loriga*.

5. In ce privește legătura între medicina socială și *medicina muncii*, ar părea poate inutil să o mai relevăm, dat fiind că, în concepția noastră ca și a majorității autorilor, medicina muncii nu poate constitui decât un capitol al medicinei sociale. Dacă totuși acordăm oarecare autonomie medicinei muncii, o facem pentru motivul că această ramură, odată cu *Ramazzini*, a rezumat în sine, la un moment dat, întreg conținutul sferei medicinei sociale și pentru că, în câmpul muncii, s'au realizat multe reforme de ordin medico-social, ca asigurările sociale și altele.

Concepțiile după cari medicina socială ar privi numai legislația socială sau a asigurărilor sociale *(Prochaska)* (10) sunt astăzi definitiv căzute.

Medicina socială. cu metodele sale, ajută organizarea muncii și a profesiunilor; rolul său capătă o mare valoare, considerată fiind importanța numerică a clasei muncitoare.

6. Tot ca un simplu capitol al medicinei sociale, trebue privită *medicina preventivă*. Dacă totuși o considerăm aci ca o ramură de egală importanță cu medicina socială, o facem în legătură cu concepția autorilor anglo-saxoni *(M. J. Rosenau)* (12), cari întrebuințează de preferință termenul „medicină preventivă", fără a delimita dealtfel precis sfera noțiunii. Oricum ar fi, chiar dacă admitem că cele două noțiuni nu se acoperă complect, influențele reciproce sunt evidente, iar unii autori vorbesc despre medicina socială ca despre „știința și arta sănătății integrale", urmărind prelungirea duratei medii a vieții și înlăturarea „calvarului mizeriilor morbide și fiziologice, a carențelor diverse și a senescenții" (13).

7. Medicina socială călăuzește *igiena rasei* sau *eugenia*, în toată acțiunea ei de investigație și mai ales de aplicare pe teren. In concepția noastră, eugenia constitue tot un capitol din complexul mare al medicinei sociale, dar unul din capitolele de cea mai considerabilă întindere, cu aplicații variate, cu mijloace de lucru de mari proporții și cu perspective de viitor nebănuite. Putem deci vorbi întrucâtva despre igiena rasei ca de o ramură cu care medicina socială are le-

Scanned with OKEN Scanner

gături strânse, din moment ce medicina socială trebue să privească întreaga populaţie prezentă ca un element de legătură între generaţii şi să întreţină acel „curent de viaţă" care condiţionează evoluţia colectivităţii.

8. Medicina socială prezintă strânse legături şi cu unele *ramuri speciale ale biologiei.*

Menţionăm *biometria,* ramură care studiază, deoparte prin metode de măsurare exactă, pe de altă parte prin analize matematice precise, aspectele *cantitative* ale fenomenelor vitale (14). Implicit, relaţiile sunt evidente cu *biostatistica* (statistica vitală), care studiază legile natalităţii, mortalităţii şi morbidităţii.

In concluzie, pentru fiecare din disciplinele pe cari le-am trecut în revistă, medicina socială este o necesitate. Ea complectează sau desăvârşeşte un mare număr de probleme, tocmai prin faptul că le armonizează într'un tot organic, la baza căruia stă concepţia unică a medicinei sociale. Fără o astfel de armonizare, fiecare din probleme ar rămâne izolată în câmpul limitat al disciplinei respective şi implicit mijloacele de acţiune practică ar rămâne foarte reduse.

B. Materia medicinei sociale

Concepţiile de bază, ca şi întinderea sferei de acţiune a medicinei sociale, fac ca materia pe care o vom trata să fie nu numai vastă, dar şi foarte variată.

La baza acestei noui discipline stă medicina. Medicina socială va trebui însă să aibă în vedere şi toate celelalte domenii în cari se exercită o acţiune medico-socială (sociologie, economie politică, factori culturali, politică socială, precum şi un număr de domenii speciale ale biologiei).

Variaţiunea materiei medicinei sociale se întâlneşte şi în preocupările doctrinare şi în obiectivele practice, pe cari diverşi autori, la epoci diferite, le-au considerat ca fiind cele mai importante. Fie că obiectivele au fost formulate într'un cadru restrâns, fie că au sesizat o sferă mai largă de preocupări, noi, în fixarea capitolelor, vom trebui să le considerăm pe toate.

De fapt, nu e vorba de o singură subdivizare, după norme bine fixate, a medicinei sociale, ci de subdivizări, relativ numeroase, pe cari autorii le-au formulat în timp. Fiecare din aceste sisteme de grupare a capitolelor a înfăţişat o anumită linie de cugetare a autorului respectiv şi, mai mult încă: un anumit stadiu de evoluţie a

conținutului medicinei sociale. In aceasta constă și interesul reproducerii diferitelor modalități de divizare. In acord cu concepțiunea actuală a medicinei sociale și din punct de vedere strict didactic, noi vom folosi o diviziune a noastră.

Primii autori cari s'au ocupat de această chestiune s'au condus, cum era și natural, după capitolele clasice ale medicinei.

In tratatul „Krankheit und soziale Lage", pe care *M. Mosse* și *G. Tugendreich* (15) l-au scris în anul 1913, acești autori au deosebit: a. o *etiologie* socială și b) o *terapeutică* socială. Natural, în cuprinsul etiologiei sociale au studiat înrîurirea locuinței, alimentației, venitului, asupra morbidității și a mortalității; iar în terapeutica socială au considerat variatele probleme de organizare sanitară, de stat și privată.

Nu mult deosebită de concepția acestor autori este cea adoptată de *Alfred Grotjahn*, în 1915, în „Soziale Pathologie" (16), cu deosebirea doar că, fiind vorba numai de patologie, problemele de organizare medico-socială sunt studiate foarte sumar. *Grotjahn* deosebește: a) o patologie socială *specială*, în cadrul căreia grupele clasice ale patologiei medicale sunt puse în legătură cu factorii economico-sociali cari intervin în etiologie (capitolele sunt deci, ca și în patologia medicală: boale infecțioase acute, boli venerice, cardiovasculare, digestive, ginecologice, nervoase și mintale, etc.); b) o patologie socială *generală*, unde, alături de considerarea pe plan general a interdependenței factorilor boală și stare socială, sunt făcute un număr de considerații asupra eugeniei.

Un moment important, în încercarea de a sesiza, printr'un sistem de diviziune, o parte cât mai mare din materia medicinei sociale, este reprezentat prin tratatul de igienă socială, apărut în 1925—1927, sub direcția lui *A. Gottstein, A. Schlossmann* și *L. Teleky* (Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Berlin, Julius Springer). Conținutul acestei discipline științifice, după concepția de acum 18 ani a școlii germane, a fost grupat în 6 părți.

Prima parte: Istoric, Statistică, Ereditate, Antropometrie, Educația maselor, Invățământ, Organizarea asistenței sanitare. A doua parte: Medicina muncii. A treia parte: Asistență socială, Tuberculoză, Alcoolism, Boli venerice, Prostituție. A patra parte: Protecția copilăriei în toate etapele ei, Asistența defectivilor. Partea a cincea: Asigurări sociale. Partea a șeasea: Fiziologie și patologie socială (înrîurirea factorilor economico-sociali asupra bolilor), plus un număr de variate probleme (băi, orientare profesională, etc.).

Tratatul *Gottstein-Schlossmann-Teleky* nu redă o diviziune sistematică a *întregei* materii a medicinei sociale.

O tentativă mai reușită, deși într'un cadru mult mai limitat al expunerii, a fost făcută de *Ickert* și *Weicksel*, în manualul pe care l-au scris în anul 1932 (*F. Ickert* u. *J. Weicksel*, Grundriss der sozialen Medizin, Leipzig, J. A. Barth).

Scanned with OKEN Scanner

Aceşti autori deosebesc: a) o medicină socială *generală* (în care intră demografia, înrîurirea factorilor de ambianţă şi terapeutica socială); b) o medicină socială *specială* (care cuprinde aproape exact bolile grupate de *Grotjahn* în patologia socială), c) medicina asigurărilor sociale.

Un număr de autori *(L. Carozzi, Sicard de Plauzoles, René Sand)*, fără a scrie tratate sau manuale de medicină socială, au fost însă preocupaţi de a stabili o diviziune raţională a materiei acestei discipline. Reproducerea acestor tentative este instructivă.

In anul 1932, *L. Carozzi*, preocupat de problema sistematizării medicinei sociale, ajunge la concluzia că trebuesc făcute 4 mari subdiviziuni: a) Biologia şi fiziologia socială; b) Patologia socială; c) Medicina asigurărilor sociale; d) Igiena socială (prin care ar urma să se înţeleagă numai studiul aplicării practice a măsurilor medico-sociale).

In 1933, *Sicard de Plauzoles* (17), cu prilejul deschiderii cursului liber de igienă socială, fixează drept obiectiv principal al acestei discipline „împiedecarea degradării speţei umane". Medicina socială s'ar acoperi deci în bună parte cu eugenia, cu lupta pentru „prezervarea, păstrarea şi ameliorarea rasei". Este unul din exemplele de considerare a conţinutului medicinei sociale pe un plan limitat (tot aşa cum alţi autori, din şcoala germană în deosebi, reduceau conţinutul medicinei sociale la medicina muncii şi a asigurărilor: *F. Hueppe, L. Teleky).*

Tot dintr'un punct de vedere limitat, şi anume: „economia umană", economia de capital omenesc, a fost privit conţinutul medicinei sociale de către *René Sand* (L'économie humaine par la médecine sociale, 1934), în cartea sa, care, ce e drept, nu reprezintă un manual în înţelesul didactic. Rămân totuşi instructive capitolele mari pe cari acest autor le fixează: isvoarele medicinei sociale, clase sociale, bilanţul bolii şi al morţii, inegalitatea claselor sociale din punctul de vedere fizic şi mintal, inegalitatea claselor sociale în faţa bolii şi a morţii, ereditatea şi mediul, factorii ereditari, factorii profesionali, factorii domestici, factorii economici, factorii sanitari, factorii educativi, economia umană.

Autorii anglo-saxoni şi americani adoptă de preferinţă, precum am văzut, termenul de *medicină preventivă*, conţinutul acestei materii putând fi dedus din tratatul cel mai răspândit scris în limba engleză: *M. J. Rosenau,* Preventive Medicine and Hygiene, ed. VI. 1935.

Marile capitole ale medicinei preventive (cu alte cuvinte, ale medicinei sociale), sunt, după concepţia acestui autor: a) Prevenirea bolilor contagioase; b) Boli venerice, educaţie sexuală, ereditate, igienă mintală; c) Mortalitatea infantilă şi maternă; d) Igienă oculară; e) Principii şi practică a sănătăţii publice; f) Alimente; g) Aerul. h) Solul; i) Apa; j) Indepărtarea impurităţilor; k) Statistică vitală; l) Metode statistice; m) Igienă şi boli profesionale; n) Igienă şcolară şi igienă infantilă; o) Desinfecţie.

Ţinând seamă de contribuţiile succesive aduse — în desbaterea problemei — de către autori în decursul timpului, dar conducându-ne mai ales după *categoriile reale de populaţie, din punctul de vedere al*

Scanned with OKEN Scanner

valorii biologice și sociale, în Stat, ceeace neîngădue să nu omitem nici unul din capitolele de oarecare însemnătate, noi am fixat pentru medicina socială următoarele subdiviziuni :

Partea I-a : Medicina socială ca știință (sferă de acțiune, materie, metode, istoric, învățământ). Partea II-a: Eugenia și Demografia. Partea III-a: Medicina preventivă sau Biologie și fiziologie socială (biologia personală, prevenirea în muncă, medicina socială a asigurărilor, prevenirea prin organizarea factorilor sociali). Partea IV-a : Patologia socială (boli organice, boli infecțioase, boli sociale, instituții cu rol curativ). Partea V-a: Asistența socială (înfăptuirile pentru elementele defective și dependente). Partea VI-a: Probleme autonome, adică probleme cari, dat fiind extinderea și importanța lor, impun o desvoltare aparte (problema materno-infantilă, igienă școlară, geniu sanitar, igienă urbană, personalul medical și auxiliar, educație și propagandă, organizare și administrație sanitară).

Am pornit, în schițarea acestui plan de expunere, dela singura realitate care trebue să ne călăuzească în medicina socială: *populația,* care, din punctul de vedere al valorii sale biologice, prezintă : a) o massă covârșitoare de elemente sănătoase sau *considerate ca sănătoase* (în folosul cărora intervine *medicina preventivă);* b) o parte relativ importantă numericește, reprezentată de elemente *temporar bolnave* (patologia socială, respectiv *medicina curativă);* c) în fine, bolnavii cari, prin permanența și gravitatea stării lor, *ies din cadrul massei valide (asistența socială).* In interiorul fiecăreia din aceste mari subdiviziuni, vom desvolta capitolele impuse de natura problemelor în discuție.

III. IMPORTANȚA MEDICINEI SOCIALE

Studiul sferei de acțiune, obiectivelor și materiei medicinei sociale, este de natură a ne face să întrezărim însemnătatea covârșitoare a acestei discipline științifice, disciplină de vădită utilitate și pe plan național și pe cel universal.

Insemnătatea medicinei sociale decurge, în primul rând, din însăși deplasarea preocupărilor, dela curativ spre *preventiv.* A face medicină preventivă, înseamnă a avea în vedere întreaga populație, deci nu numai elementele devenite temporar sau permanent bolnave. Medicina socială mărește raza de acțiune a medicinei clasice, care — oricare ar fi ramura de manifestare a ei — nu se ocupă decât de bolnavul din cadrul specialității respective. Este mărită, prin medicina socială, și raza de acțiune a vechei igiene ; aceasta avea și ea în vedere prevenirea, dar într'un cadru limitat, luptând numai contra facto-

Scanned with OKEN Scanner

rilor nocivi microbieni şi toxici, în parte şi contra influenţelor dăunătoare rezultând din acţiunea ambianţei fizice (factori telurici, atmosferici, hidrici). Rolul factorilor *economici, sociali* şi *culturali* nu poate fi pus în evidenţă decât prin studiul medicinei sociale.

Această extindere a sferei de preocupări are drept rezultat şi mărirea considerabilă a eficienţei acţiunilor practice. Ingrijirea, în înţelesul curativ, a bolnavului, prezintă perspective relativ reduse în ce priveşte eficacitatea intervenţiei terapeutice ; chiar în cazurile în cari se obţine vindecarea clinică, restituţia organismului spre starea sa de validitate integrală se obţine mai târziu sau nu se mai obţine de loc. O parte din bolnavi reprezintă viitoare elemente defective, scoase din cadrul societăţii normale şi productive. Deaceea rămân cu mult mai valabile măsurile preventive de apărare a integrităţii biologice.

Intr'adevăr, medicina socială combate şi ameliorează, fie cu titlu profilactic, fie chiar cu titlu curativ, alte elemente etiologice decât agentul patogen specific şi anume : starea economică, starea socială, gradul de cultură, starea morală chiar, a grupelor de populaţie. Cunoaşterea acestor factori poate fi realizată într'un cadru precis, ştiinţific, pe bază de statistici riguroase ; consecutiv, mijloacele de luptă sunt şi ele cu acţiune precisă şi rezultate sigure. In medicina clinică, întotdeauna intervine elementul de relativitate a terapeuticii, datorit variaţiilor de reacţiune individuală şi necunoaşterii, în multe cazuri, a agentului patogen specific. In medicina socială, dat fiind precizia cu care se pot stabili factorii etiologici, evitabili printr'o organizare adecuată, măsurile se pot generaliza ; metodele capătă caracter de generală valabilitate, iar profilaxia poate să se desfăşoare după legi determinate.

Prin protecţia valorilor biologice, medicina socială parvine să economisească ceeace s'a numit „capitalul viu" al naţiunii.

Omul, ca valoare biologică, în plină producţie, reprezintă un echivalent economic, care a putut fi evaluat în mod destul de apropiat de realitate. S'a calculat pentru Germania de pildă, că forţa de muncă a naţiunii, transpusă în bani, ar reprezinta de 3½ ori valoarea capitalului material (terenuri, case, fabrici, căi ferate, lucrări de asanare, etc.) Capitalul însuşi, de care dispune o naţiune, reprezintă cristalizarea muncii din perioadele economice anterioare, „muncă coagulată".

Profesorul *Zahn* (18), care face evaluările de mai sus, observă că pretutindeni valoarea capitalului viu, adică forţa de muncă umană, depăşeşte cu

mult pe acea a capitalului propriu zis, iar raportul dintre capitalul viu și cel mort înfățișează adevăratul indice de evoluție economică a unui popor. Cu cât numărătorul acestei fracțiuni va fi mai mare, adică cu cât va predomina capitalul viu, cu atât națiunea respectivă va fi mai favorizată economicește.

Creare de capital nu înseamă altceva decât crearea și menținerea puterii de muncă a națiunii, prin intervenția totalității de mijloace pe cari le pune în lucru medicina socială.

Protecția valorilor integrale influențează economia unei țări și din alt punct de vedere: elimină pierderile imense de zile de lucru, pricinuite de diferitele boli cu caracter invalidizant.

Ne mulțumim a da un singur exemplu: pierderile pricinuite de reumatism (19,20); în Alsacia, aproape 30% din zilele de incapacitate de lucru, la personalul căilor ferate, au fost provocate de reumatism. In Franța, durata întreruperii muncii, din cauza reumatismului, merge până la o medie de 75 zile pe an și pe cap de muncitor. In Statele Unite, s'a calculat că, din 2.700.000 reumatici cronici în anul 1936, erau 1.230.000 invalidizați.

Medicina socială *asigură, în bună parte, condițiuni normale de desvoltare, atât indivizilor cât și colectivităților.*

Acest fapt apare evident în acel domeniu de care medicina socială s'a ocupat încă la începuturile evoluției sale: *protecția muncii.* Cea mai importantă grupare în cadrul națiunii: muncitorimea industrială și agricolă, a putut să-și ridice nivelul general de viață, datorită în cea mai mare parte preconizărilor și înfăptuirilor igienei muncii. Studiul științific al factorilor mediului profesional și al intoxicațiilor în muncă, organizarea securității, ocrotirea femeilor și a copiilor în muncă, raționalizarea orarului, organizarea timpului liber, sunt tot atâtea etape în ridicarea standardului de viață al muncitorimii și în protecția elementului biologic de mai mică rezistență.

Medicina socială, prin acțiunea ei, asigură o mai bună desvoltare întregei colectivități naționale. Prin profilaxia bolilor sociale, ca și prin înlăturarea totală a marilor flagele de altădată (ciuma, holera), medicina socială a preîntâmpinat și preîntâmpină decăderea fizică a colectivității, tot așa cum prin instituirea igienei mintale preîntâmpină degradarea psihică și morală.

Deosebit de influențele favorabile pe tărâmul vieții sociale a colectivităților, medicina socială inițiază și desăvârșește acțiunea de cunoaștere biologică a națiunii în toate straturile ei. Ea pune în aplicare *antropobiologia,* studiind pentru fiecare din caracterele morfologice ale individului și din dimensiunile sale corporale, atât partea cu care intervine biologic factorul *endogen* (ereditatea), cât și partea cu care intervine factorul *peristatic* (acțiunea ambianței). Medicina

socială înlesneşte în modul acesta o documentare complectă şi adâncă asupra valorii cantitative şi calitative a populaţiei. Vechea antropologie nu aducea elemente suficiente de cunoaştere. Numai după ce, în cadrul ei, s'a făcut loc studiului eredităţii, antropologia a devenit „adevărata ştiinţă a omului" (21).

Dirijarea normalizării rasei este desigur încă unul din punctele capitale cari evidenţiază însemnătatea medicinei sociale. Multă vreme s'a crezut că fecunditatea mare e sinonimă cu forţă a organismului colectiv. Ulterior, s'a admis tot mai mult că fecunditatea trebue dirijată, raţionalizată, în funcţie de valoarea ereditară a procreatorilor. Combinând acest obiectiv cu lupta în favoarea natalităţii (punctul de vedere cantitativ nu poate fi neglijat), medicina socială pune în aplicare cele trei categorii de măsuri pentru normalizarea rasei din punct de vedere biologic: a) stimularea natalităţii; b) sterilizarea elementelor degenerate, avortul eugenic, izolarea elementelor asociale, controlul imigraţiilor, certificarea prenupţială; c) o bună politică a locuinţei şi a colonizărilor rurale şi suburbane, măsuri în favoarea familiilor numeroase, degrevări fiscale, legiferarea dreptului succesoral din punctul de vedere eugenic şi orice altă măsură cu acest scop (22).

In lucrări anterioare, am sistematizat într'un mod mai complect principiile după cari se poate realiza normalizarea rasei (23).

a) Punctul de vedere *biologic:* încurajarea maximă a elementelor supradotate, asigurarea unor mai bune condiţiuni de desvoltare a elementelor mijlocii (circa 9 zecimi din populaţia unei ţări), diminuarea până la dispariţie a categoriei disgenicilor.

b) Punctul de vedere *social:* îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă, combaterea bolilor sociale, combaterea factorilor contra-selectorii din marile oraşe, ca: practicile anticoncepţionale, celibatul, morbiditatea ridicată.

c) Punctul de vedere *economic,* care se referă la complexul de măsuri economice şi fiscale în favoarea familiilor numeroase şi cu ereditate normală.

In mod necesar şi logic, medicina socială crează o *nouă mentalitate a corpului medical.* Tot mai mult se afirmă convingerea că patologia nu mai poate separa bolnavul de ambianţă; bolnavul nu mai poate fi privit ca o abstracţie (11).

Medicul vremii noastre trebue să opereze o sinteză de preocupări cari să cuprindă: preocupări în domeniul anatomo-fiziologic şi patologic, precum şi preocupări economico-sociale privind: capacitatea de muncă şi producţia, morbiditatea, pierderile economice, longevitatea, etc. (24).

Scanned with OKEN Scanner

Această sinteză de preocupări nu poate fi operantă decât dacă medicul își transformă profund însăși psihologia sa. El trebue să se adapteze la *sociologia medicală* și pentru aceasta trebue să renunțe parțial la dogmele cari au călăuzit până acum practica medicală, dând precădere grupului social și dependenței invidului de factorii sociali (25). Preocuparea de *grupul* uman trebue să călăuzească pe medicul modern.

IV. PRIVIRE ISTORICĂ

Etapele medicinei sociale se acoperă cu însăși fazele evolutive ale civilizației omenirii. Vom expune rezumativ aceste faze caracteristice și vom reda apoi evoluția istorică în mod analitic.

A. Evoluția istorică pe mari etape

Dacă știința medicinei sociale s'a individualizat târziu, în schimb practica medico-socială s'a afirmat încă din primele timpuri ale civilizației omenirii. Paralelismul între aplicațiile pe teren și progresele civilizației stărue atât de evident dealungul istoriei, încât unii autori au putut spune că, spre a defini gradul de cultură al unui popor, trebue să ținem seama de ceeace acest popor a făcut pentru sănătatea publică (*Thorwald Madsen*, 1933, la Sorbona).

Pe baza datelor istoriei unii autori au stabilit următoarele faze în evoluția medicinei sociale (26): igiena primitivă și miturile (Esculap, Hygiea, Zoroastru); începuturile observației exacte a fenomenelor naturale ; primele legiuiri medico-sociale (Chaldeenii, etc.); civilizația antică (2500—500 a Chr.); civilizația clasică (500 a. Chr. — 300 d. Chr.) (Grecii-Romanii); civilizația bizantină și arabo-iudee; evul mediu european (până la finele sec. XV); civilizația modernă. Fiecăreia din aceste faze în evoluția omenirii îi corespunde câte o etapă medico-socială.

Raportând evoluția medicinei sociale la *formele de organizare politică* de după perioada antichității, putem urmări paralel următoarele înfățișări ale medicinei sociale (27) : a) cu *regimul feudal*, în cadrul căruia dominau biserica (concepția despre lumea viitoare) și preocupările metafizice, ceeace a avut drept consecință că sănătatea publică a fost aproape complect neglijată; b) cu *regimul politic capitalist*, care, prin factorii nocivi ce au rezultat pentru sănătatea maselor muncitoare (aglomerare, exploatare în muncă, boli profesionale), a deschis un vast câmp de acțiune medicinei sociale ; c) cu regimul politic al *socializării progresive*, care, după unii autori, ar fi singurul

capabil să promoveze o acţiune medico-socială generalizată la întreaga massă a populaţiei.

Marile etape ale medicinei sociale prezintă un paralelism evident şi cu însăşi etapele străbătute de *medicina curativă*. La începuturile acesteia se înregistrează doar intervenţiile *terapeuticii* primitive asupra indivizilor izolaţi: în această fază medicina socială n'a putut lua un grad apreciabil de desvoltare. In momentul în care medicina clinică s'a îmbogăţit cu aportul considerabil pe care ni l-au adus ştiinţele fizico-chimice şi *bacteriologia*, medicina socială a putut să se afirme în câmpul profilaxiei boalelor şi ea a străbătut acea perioadă bogată în rezultate, pe care o numim *pasteuriană*; imunizările active şi pasive, individuale ca şi colective, au constituit unul din cele mai importante momente în apărarea sănătăţii popoarelor. In fine, în perioada modernă, când însăşi activitatea clinică nu mai poate să facă abstracţie de conexiunile economico-sociale cărora este supus bolnavul, medicina realizează progrese prin colaborarea medicului cu diversele organizări şi iniţiative sociale.

Etapele medicinei sociale pot fi urmărite şi în legătură cu fazele de organizare *economică* a omenirii. Menţinându-ne pe un plan cu totul general, precum fac, între alţii, *Ickert şi Weicksel* (28), putem considera evoluţia din punct de vedere economic, a omenirii, în două faze şi anume: industrializarea şi raţionalizarea.

In epoca *industrializării*, s'a pus cu toată tăria problema combaterii exploatării muncii omeneşti şi s'au elaborat primele legi de protecţie a muncitorilor; s'a căutat în urmă să se ridice standardul de viaţă a masselor muncitoreşti, prin crearea cartierelor pentru muncitori, printr'o anumită politică a salariilor, etc. In cadrul unei astfel de evoluţii, medicina socială a fost pusă în măsură de a-şi aplica principiile. Preocupările medico-sociale s'au intensificat în cea de a doua perioadă a organizării economice, perioada *raţionalizării*, numită şi „a doua revoluţie industrială".

Medicina socială a urmat şi un anumit paralelism cu evoluţia de idei în *politica socială*. Nu trebue să ne mirăm că cea mai veche ramură a ei este *medicina muncii*. Ulterior, printr'o lentă evoluţie, preocupările medicinei sociale s'au lărgit, dela câmpul muncii spre *politica sanitară de stat*, aşa numita: *„politică medicală universală"*, şi spre preocupările de biologie a masselor şi asistenţa socială a lor, justificând astfel spiritul social al sentinţei lui *Virchow:* „medicii sunt avocaţii fireşti ai săracilor" (29).

Drumul străbătut de medicina socială apare astfel, în cronologia istorică, ca un reflex al evoluţiei civilizaţiei şi stărilor social-economice.

Scanned with OKEN Scanner

capabil să promoveze o acţiune medico-socială generalizată la întreaga massă a populaţiei.

Marile etape ale medicinei sociale prezintă un paralelism evident şi cu însăşi etapele străbătute de *medicina curativă*. La începuturile acesteia se înregistrează doar intervenţiile *terapeuticii* primitive asupra indivizilor izolaţi: în această fază medicina socială n'a putut lua un grad apreciabil de desvoltare. In momentul în care medicina clinică s'a îmbogăţit cu aportul considerabil pe care ni l-au adus stiinţele fizico-chimice şi *bacteriologia*, medicina socială a putut să se afirme în câmpul profilaxiei boalelor şi ea a străbătut acea perioadă bogată în rezultate, pe care o numim *pasteuriană*; imunizările active şi pasive, individuale ca şi colective, au constituit unul din cele mai importante momente în apărarea sănătăţii popoarelor. In fine, în perioada modernă, când însăşi activitatea clinică nu mai poate să facă abstracţie de conexiunile economico-sociale cărora este supus bolnavul, medicina realizează progrese prin colaborarea medicului cu diversele organizări şi iniţiative sociale.

Etapele medicinei sociale pot fi urmărite şi în legătură cu fazele de organizare *economică* a omenirii. Menţinându-ne pe un plan cu totul general, precum fac, între alţii, *Ickert şi Weicksel* (28), putem considera evoluţia din punct de vedere economic, a omenirii, în două faze şi anume: industrializarea şi raţionalizarea.

In epoca *industrializării*, s'a pus cu toată tăria problema combaterii exploatării muncii omeneşti şi s'au elaborat primele legi de protecţie a muncitorilor; s'a căutat în urmă să se ridice standardul de viaţă a masselor muncitoreşti, prin crearea cartierelor pentru muncitori, printr'o anumită politică a salariilor, etc. In cadrul unei astfel de evoluţii, medicina socială a fost pusă în măsură de a-şi aplica principiile. Preocupările medico-sociale s'au intensificat în cea de a doua perioadă a organizării economice, perioada *raţionalizării*, numită şi „a doua revoluţie industrială".

Medicina socială a urmat şi un anumit paralelism cu evoluţia de idei în *politica socială*. Nu trebue să ne mirăm că cea mai veche ramură a ei este *medicina muncii*. Ulterior, printr'o lentă evoluţie, preocupările medicinei sociale s'au lărgit, dela câmpul muncii spre *politica sanitară de stat*, aşa numita: *„politică medicală universală"*, şi spre preocupările de biologie a masselor şi asistenţa socială a lor, justificând astfel spiritul social al sentinţei lui *Virchow:* „medicii sunt avocaţii fireşti ai săracilor" (29).

Drumul străbătut de medicina socială apare astfel, în cronologia istorică, ca un reflex al evoluţiei civilizaţiei şi stărilor social-economice.

Scanned with OKEN Scanner

B. Date istorice

(Expunere analitică)

1. *Perioada antichității*

Egiptenii, prin casta preoților în deosebi, parveniseră să reglementeze o serie de prescripțiuni cu caracter vădit medico-social. Se elaborează norme pentru igiena primei copilării și pentru educația fizică a tineretului. In plus, erau în vigoare o serie de măsuri de igienă: igienă personală, controlul alimentelor, măsuri la îngroparea morților.

O concepție mai avansată cu caracter medico-social au manifestat-o vechii *Evrei*. S'a spus chiar că cele cinci cărți ale Vechiului Testament (Pentateuchul) conțin prescripțiile unui adevărat „cod sanitar" (30). Măsuri de igienă personală (baia rituală, igiena menstruației, etc.), măsuri de profilaxie în interesul colectivităților (igiena pe câmpul de luptă, combaterea epidemiilor), măsuri de politică socială (severa reglementare a repaosului săptămânal), rolul important pe care și-l asumă preotul în domeniul igienei publice, tendința de a extinde preocupările profilactice la întreaga massă a poporului, toate denotă o linie diriguitoare în concepție și acțiune.

La *Grecii antici*, la cari a dominat concepția laică, preocupările se îndreaptă spre asigurarea vigoarei biologice a poporului. Politica eugenică, evidentă, pe care au pus-o în aplicare Sparta și Atena, este în parte consecința însăși a medicinei hipocratice. Pe aceleași linii este îndrumat curentul de idei creat de școala filozofică: *Aristot* afirmă necesitatea intervenției statului în favoarea protecției rasei, iar *Platon* cere „unirea între bărbații cei mai virili și femeile cele mai desăvârșite". Totodată, medicina socială se afirmă ca o condiție esențială pentru propășirea poporului, iar corelația între factorii patologici și anumiți factori de mediu începe să fie pusă în evidență. *Hipocrate* însuși a fost preocupat de acțiunea factorilor profesionali (31), precum și de problemele de constituție și biotipologie, de meteoropatologie, cosmobiologie, de problemele în legătură cu ereditatea.

Romanii, prin formele aproape desăvârșite pe cari le-a îmbrăcat la ei viața de stat și datorită prosperității din epoca imperiului, au dat o apreciabilă desvoltare politicii demografice pentru sporirea populației și marilor lucrări de geniu sanitar. Pentru încurajarea cantitativă a populației, sunt de menționat măsurile luate de Impăratul Augustus: încurajarea familiilor numeroase și măsuri contra celibatarilor. Relativ la lucrările de urbanistică: apeductele, termele, cloacele, normele pentru construcția caselor, au rămas mărturii până azi ale înfăptuirilor din acea epocă.

Scanned with OKEN Scanner

Este de menţionat că la Romani s'a desvoltat şi operă de *asistenţă socială* (32). Manifestându-se sub forma de daruri personale („congiaria"), uneori foarte impunătoare (Augustus a dăruit 2 miliarde sesterţi), pe cari împăraţii romani (Augustus, Tiberius, Claudius, Adrianus, Julianus) le făceau pentru ajutorarea populaţiei lovite de mizerie şi calamităţi, asistenţa socială s'a concretizat adesea şi în adevărate măsuri de politică de stat şi instituţii. Sub împăraţii Nerva şi Traian, s'a desvoltat o asistenţă infantilă, în cadrul căreia s'au pus în aplicare şi alocaţiuni lunare pentru copiii săraci.

2. *Evul mediu*

In această lungă perioadă din evoluţia istorică a omenirii, aportul medicinei sociale se afirmă mai mult în domeniul medicinei curative, prin crearea de instituţii spitaliceşti, devenite necesare din cauza epidemiilor pustiitoare, şi de instituţii de asistenţă pentru elementele defective. Toate aceste înfăptuiri au fost realizate de *biserică*, întemeindu-se instituţiile ca expresiune a spiritului de caritate creştină.

Dealtfel, într'o perioadă atât de bogată în conflicte sângeroase, elementul de linişte şi seninătate necesar unei bune medicine curative nu se putea refugia decât în instituţiile bisericeşti. „Religia acoperia „cu mantia ei venerată operele de pietate şi întemeia adăposturi sigure „unde se puteau refugia sufletele chinuite şi trupurile martirizate de „lupte sau de groaznicele epidemii" (30).

Această medicină *monastică* a evului mediu a luat avânt şi prin ordinele de cavaleri, cum au fost ordinele Sf. Ioan şi Ordinul Cavalerilor Templieri.

Intr'o astfel de perioadă, de preocupări concentrate asupra activităţii curative, era firesc să se pună baze solide pentru medicina clinică. Din acest punct de vedere, a jucat un rol considerabil renumita *şcoală din Salerno*, care a dăinuit din secolul al X-lea până la finele secolului XIV.

Numărul de savanţi şi promotori, formaţi la această şcoală, este mare. Menţionăm pe *Guarinpotus* (mort la 1050), care a scris enciclopedia „Passionarium", unde sunt puse bazele terminologiei medicale moderne. Un alt fruntaş al şcolii a fost *Constantin Africanul* (mort la 1087), căruia i se zicea „Magister orientis et occidentis"; acest autor a transplantat în Europa medicina arabă şi a dat la iveală opere numeroase, publicate mult mai târziu (1537) într'o colecţie în 7 volume, apărută la Basel. O lucrare importantă, publicată de şcoala din Salerno, este şi „Antidotarium", formular de uzaj zilnic pentru spitale.

Secolul al XIV-lea reprezintă o perioadă caracteristică a evului mediu, prin faptul că au izbucnit (în 1346, 1357, 1359, 1360) marile epidemii de ciumă, cari au impus *primele măsuri de carantină*, plus unele măsuri de organizare sanitară.

Scanned with OKEN Scanner

Republicile italiene (Ragusa, Veneția) au stabilit carantine; deasemenea orașul Marsilia.

Veneția a inițiat și lucrări de asanare (a bălților) și s'a îngrijit de apă potabilă; acelaș oraș institue, în anul 1438, trei „directori ai sănătății urbane".

3. *Secolele XV și XVI*

Sfârșitul evului mediu se caracterizează prin unele preocupări de a ameliora factorul mizerie, ce începea a fi recunoscut în etiologia morbidității masselor. Ordinul religios al Franciscanilor crează primele instituții de „Munte de pietate", spre a veni în ajutorul săracilor, iar în întâia jumătate a secolului XVI se elaborează unele norme legislative pentru ajutorarea săracilor, a vagabonzilor, a cerșetorilor, în Germania, Olanda, Belgia, Franța (sub Francisc II). Dincolo de sentimentul milei, măsurile sunt inspirate dintr'o concepție medico-socială de stat. Aceeași tendință este vădită în Anglia, sub Enric VIII, care la sfârșitul secolului XVI se ocupă de protecția infantilă.

4. *Secolul XVII*

In acest secol, este de menționat desvoltarea pe care a luat-o *medicina legală* (30). Intre anii 1621—1635 apare lucrarea lui *Paolo Zacchia*: „Quaestiones medico-legales", conținând 10 volume. Este o lucrare de bază a medicinei legale.

Trebue menționată și lucrarea lui *Roderigo De Castro*, portughez stabilit la Hamburg; această lucrare poartă titlul de „Tratat de medicină politică" (apărut în 1614) și, între altele, descrie amănunțit atribuțiile medicului expert.

Tot secolul al XVII-lea a adus o serie de preocupări de *organizare sanitară*, impuse de calamitatea pe care o constituiau marile epidemii.

5. *Secolul XVIII*

In decursul acestui secol medicina socială a înfăptuit mari progrese, apropiindu-se în parte de concepția modernă a acestei discipline. Două nume trebuesc mai ales reținute: *Bernardino Ramazzini* și *Johann Peter Frank*.

Bernardino Ramazzini, profesor de *medicină practică* la universitățile din Modena și Padova, a scris una din lucrările deschizătoare de căi noi în medicina socială: „De morbis artificum diatriba" (1700) („Lecțiuni despre bolile meseriașilor"). Pentru prima oară, sunt studiate științific urmările patologice ale muncii profesionale, sub toate înfățișările ei și este pusă pe primul plan, în chestionarea bolnavului, întrebarea: Ce meserie ai? Bolile profesionale ale celor mai variate categorii de muncitori: tipografi, țesători, lemnari, zidari,

lucrători de pielărie, mineri (pneumoconiozele), muncitori agricoli, până şi unele categorii de muncitori intelectuali sunt studiate temeinic, pe bază de statistici şi indicându-se profilaxia adecuată. Tot Ramazzini preconizează pentru prima oară *reglementarea muncii* pentru prevenirea accidentelor şi a boalelor profesionale.

Jahonn Peter Frank (1745—1821), „doctrinarul politicii sanitare şi de rasă, al secolului al XVIII-lea", cum îl numeşte *Hellmut Haubold* (33), a dominat incontestabil o întreagă perioadă. Vederile acestui promotor au fost geniale şi fecunde în rezultate. In lucrarea sa, în şase volume, „System einer vollständigen medicinischen Policey", este expus un sistem *complect* al organizării sănătăţii publice, care este pusă la însăşi baza vieţii de stat. Pentru prima oară este afirmat cu tărie principiul că măsurile *preventive* trebuesc luate de către organizaţia de stat, în interesul întregei colectivităţi. Spirit clar-văzător, *Johann Peter Frank* n'a neglijat aproape nici unul din aspectele principale ale medicinei sociale; e suficient să relevăm, din capitolele tratatului său: obiectivele generale ale conducerii sanitare, bazele biologice ale înmulţirii populaţiei, căsătoria sănătoasă-fundament al statului, căsătoria sterilă, contra-indicaţiile căsătoriei, pregătirea în vederea căsătoriei, mama şi copilul, tineretul sănătos, adică igienă şcolară şi educaţie fizică. Personalitatea lui *Frank* este multilaterală: a fost tot pe atât igienist al rasei, cât şi demograf, cât şi reformator al organizării sanitare.

Johann Peter Frank a desfăşurat o activitate covârşitoare, dealungul unei vieţi agitate. A practicat medicina rurală în Germania şi Franţa, a urcat treptele ierarhiei medicale până la rangul de medic şi colaborator al împăratului Iosif II, a fost director al lui „Allgemeines Krankenhaus" din Viena, a funcţionat ca profesor la Vilna şi director al Academiei medico-chirurgicale din Petersburg.

Deosebit de Italia şi Germania, tot în secolul XVIII, în câteva alte ţări, se afirmă promotori ai medicinei sociale. In Anglia, *Jenner*, prin descoperirea vaccinării antivariolice, deschide drumul medicinei preventive. In Franţa, se formează un puternic curent pentru problemele de medicină socială şi igienă. *Lavoisier* aduce, prin descoperirile sale, contribuţiuni igienei. ameni politici, ca *Mirabeau*, consideră că „îngrijirea sănătăţii publice este o sarcină a statului".

In fine, spre sfârşitul secolului al XVIII-lea, ca o consacrare definitivă a interesului pentru problemele de medicină socială, iau fiinţă la Paris, Montpellier, Strassburg, primele „şcoli de sănătate".

Caracteristica secolului XVIII este deci grija pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă a masselor şi datoria pe care şi-o asumă statul de a asigura aceste condiţiuni printr'o legislaţie corespunzătoare.

6. *Secolul XIX*

Incă dela începutul acestui secol, igienişti ca *Tourtelle, Deslandes, Rostan, de Loude, Parent-Duchâtelet, Michel Lévy*, manifestau, în afară de preocuparea de medicina individuală, şi interes pentru fac-

torii generali de cari depinde starea de sănătate; se afirmă principiul că sănătatea individului nu este decât una din componentele sănătăţii masselor. O expresiune a acestei cugetări de care sunt pătrunşi medicii şi conducătorii statului, este faptul că, în 1802, *Cadet de Gassicourt* crează în Franţa cel dintâi „Comitet permanent al sănătăţii publice" (34).

O dovadă de preocupările de reglementare a igienei şi medicinei sociale este activitatea lui *Franz Anton Mai,* care în 1802 îşi scrie opera sa asupra legislaţiei de igienă.

Problemele de *igienă industrială,* după impulsul dat în secolul trecut de *Ramazzini,* încep să se reafirme, mai ales sub înrîurirea legiferării în acest domeniu în Anglia. In Franţa, *Parent-Duchâtelet,* în tratatul său „L'Hygiène publique", consacră o parte impunătoare igienei industriale şi bolilor profesionale. Un alt domeniu, în care încep să se aducă contribuţii importante, este cel al eugeniei; în Franţa, *Portal, Lereboullet, Piorry,* scriu lucrări importante asupra eredităţii patologice, iar în 1850 apare tratatul lui *Lucas:* „Tratatul fiziologic şi filozofic asupra eredităţii naturale în stările de sănătate şi de boală".

Apropriindu-ne de jumătatea secolului al XIX-lea, avem de înregistrat două fapte importante: sub înrîurirea promotorilor cari au fost *Virchow* şi *S. Neumann* (35), se pun definitiv bazele medicinei sociale ca o disciplină ştiinţifică de sine stătătoare; iar în domeniul acţiunii practice, sub înrîurirea unei femei superioare, *Florence Nightingale,* se înfăptuesc începuturile serviciului social.

Trecând la a doua jumătate a secolului al XIX-lea, avem de înregistrat avântul eugeniei, datorit lucrărilor fundamentale asupra eredităţii şi a biologiei generale, cari apar în această perioadă.

In 1853 apare lucrarea lui *Joseph Arthur de Gobineau* (1816—1882) (36): „Essai sur les inégalités des races humaines" (37). In 1859, cartea lui *Darwin:* „Despre formarea speciilor prin selecţiunea naturală" (analiza procesului vital şi evolutiv al rasei, aşa cum acest proces se manifestă prin perpetuare, ereditate, variabilitate, luptă pentru existenţă, selecţie). In 1865, *Johann Mendel,* călugăr morav, îşi publică cercetările asupra hibrizilor la plante (38). In fine, *Ernst Haeckel* (39), prin a sa „Morfologie generală a organismelor" şi mai ales *Francis Galton,* în 1869, prin lucrarea „Hereditary genius, its laws and consequences", aduc cele mai preţioase contribuţii la punerea bazelor eugeniei moderne (40).

In domeniul mai vast, al medicinei sociale în totalitatea ei, a doua jumătate a secolului al XIX-lea reprezintă o perioadă bogată în lucrări de doctrină, în manifestări pe plan internaţional şi în înfăptuiri.

In 1859, apare la Paris „Dicţionarul de igienă publică şi salubritate" a lui *Tardieu*. In 1866, *Contini*, autor italian, publică „Igiena muncitorului". In 1870, tot un autor italian, *Pierracini*, scrie „Patologia muncii şi terapeutica socială". In Germania, *Max von Pettenkofer*, după cum am arătat, afirmă cu autoritate obiectivele medicinei sociale.

Infăptuirile medico-sociale sunt numeroase, în această perioadă. Este suficient să menţionăm instituţiile antituberculoase: dispensariile, sub impulsul lui *Calmette*, în Franţa, şi sanatoriile, în Germania, apoi instituţiile de protecţie materno-infantilă şi legiferarea în acest domeniu (legea Roussel, Franţa, pentru protecţia copiilor doicilor).

Infăptuirile medico-sociale au fost favorizate şi de un anumit curent de opinie, creat de sociologi, economişti şi filozofi, cari pun pe primul plan noţiunea *solidarităţii sociale (Espinasse, Fonsegrives, Leroy-Beaulieu, Durkheim, Charles Gide, Léon Bourgeois) (34)*.

Manifestările pe plan internaţional au fost numeroase, mai ales spre sfârşitul secolului, sub forma *conferinţelor sanitare* şi a congreselor de igienă. Menţionăm: Primul congres internaţional de igienă, din 1851, Bruxelles; tot în 1851, prima conferinţă sanitară internaţională din Paris. Au urmat congresele din Paris 1878, Torino 1880, Geneva 1882, Haga 1884, Viena 1887, Paris 1889, Londra 1891.

După cum pe plan politic secolul al XIX-lea a înfăţişat perioada de închegare a statelor naţionale, tot astfel pe plan sanitar reprezintă epoca de formare a conştiinţei medico-sociale naţionale.

7. *Secolul al XX-lea*

Prin evoluţia de idei şi marele număr al personalităţilor cari îşi însuşesc noile concepţii în problemele de sănătate, cadrul medicinei sociale se lărgeşte. Studiile asupra corelaţiilor dela cauza socială la efectul patologic, pe grupe sociale omogene, se înmulţesc, iar pe planul aplicărilor practice prevenirea şi prevederea, profilaxia accidentelor, politica favorizării familiei numeroase, protecţia materno-infantilă, educaţia masselor, plus un număr de alte probleme, îşi găsesc concretizarea în instituţiile corespunzătoare.

Tot în secolul nostru, în special în ultimul deceniu, se manifestă — cu o intensitate mai mare decât în toate perioadele precedente — preocupările de *eugenie*. Se ţin numeroase congrese internaţionale şi se întemeiază, în 1921, Federaţia internaţională a organizaţiilor eugenice. *Grotjahn* şi *Schallmayer* cer introducerea carnetului sanitar individual. In 1933, odată cu instaurarea regimului naţional-socialist în Germania, sterilizarea elementelor disgenice este legiferată, sub forma cea mai completă.

Politica de eugenie sau igienă a rasei devine element fundamental al politicii de stat, creându-se şi un oficiu de politică de rasă, sub conducerea lui *Walter Gross;* iar *Ernst Rüdin* întemeiază Asociaţia

germană pentru igiena rasei. Aceasta devine materie oficială de învățământ la un număr important de universități.

Cele patru decenii, dela 1900 până azi, se caracterizează printr'un studiu științific și aprofundat al factorilor ereditari și de ambianță, prin raționalizarea asistenței, prin *coordonarea acțiunilor* de medicină socială, în fine, prin organizarea *învățământului* nouii discipline.

V. METODELE MEDICINEI SOCIALE

Numărul apreciabil de discipline a căror sferă se încrucișează sau se acoperă cu sfera medicinei sociale, face ca și metodele acesteia din urmă să fie numeroase și variate.

Medicina socială adoptă, cum e și firesc, în primul rând metodele obicinuite ale *technicei* și *investigației medicale.*

In studiul *biologiei generale a populației* (antropologie, biotipologie, studii de rasă) se recurge în mare parte la metode pur medicale.

Majoritatea măsurilor de igienă a rasei (eugenie) nu pot fi aplicate, fără prealabila investigație prin metodele de diagnostic diferențial și pronostic, ale medicinei. Certificarea prenuptială tinzând la eliminarea dela căsătorie a candidaților cari prezintă pericol de transmitere a unor boli și tare la soți sau la descendenți; organizarea igienei mintale, în special prin dispensariile de igienă mintală; recensământul eugenic al grupelor mai mici sau mai mari de populație; examenul sanitar periodic al întregei populații, carnetul sanitar individual, toate acestea sunt măsuri de eugenie aplicabile, în practică, pe baza technicelor de investigație medicală.

In *certificarea medicală prenuptială,* ca și în consultațiile prenuptiale, metodele clinice clasice joacă un rol considerabil. Punerea indicațiilor pentru interzicerea totală a căsătoriei (cancer incurabil, tuberculoză avansată, anevrism aortic, sifilis nervos, scleroză în plăci, etc.) și mai ales punerea indicației în cazurile atât de complexe de tuberculoză sub variatele ei forme clinice (41), implică o completă stăpânire a metodelor clinice de investigație, de către certificatori.

In domeniul *igienei mintale,* fie că e vorba de consultațiile externe ale instituțiilor psihiatrice, fie că e vorba de dispensarul complet de igienă mintală cu examen medical psihiatric și pedagogic, orientare profesională, asistența subiectului și a familiei, elementul de investigație medicală cu ajutorul technicei de specialitate joacă rolul principal.

Metoda examinărilor medicale în serie își găsește un câmp foarte important de aplicare, în întocmirea *status-ului biologico-ereditar* al grupelor omogene de populație (erbbiologische Bestandsaufnahme, în terminologia autorilor germani; *recensământul eugenic* în terminologia autorilor francezi, belgieni și anglo-americani). Urmărirea „spiței", dela individul care face obiectul exami-

nărilor (proband) până la cea mai îndepărtată generaţie de ascendenţi şi colaterali, ca şi până la descendenţi, este o operaţiune ce trebue să aibă la bază investigaţia medicală minuţioasă.

Examenul medical periodic al grupelor cât mai mari de populaţie, aşa cum a fost preconizat mai de mult de „American medical Association" şi efectuat în practică de „Life extension Institute", pune la contribuţie o totalitate de metode de investigaţie clinică din partea echipelor de specialişti.

Metodele investigaţiei medicale clasice sunt puse în aplicare, pe scară largă, în descoperirea cazurilor de *boli organice.*

De fapt, sunt puse în lucru toate metodele semiologiei clinice, în descoperirea bolilor aparatului respirator, digestiv, circulator, urogenital, boalelor primei copilării, boalelor puerperale. Tot pe bază medicală sunt deduse ulterior mijloacele *preventive*, în variatele categorii de boli organice (42).

Capitolul *bolilor infecţioase* nu poate fi tratat — pe plan naţional ca şi pe plan internaţional — decât pornindu-se dela datele furnizate de mijloacele de investigaţie medicală.

Noi am căutat (43), pornind dela criteriile oferite de metodele medicale şi imuno-biologice, să stabilim trei mari grupe de boli infecţioase: a) prevenibile prin imunizare (variolă, difterie, febră tifoidă, scarlatină); b) cu tratament specific (meningita cerebro-spinală, pustula malignă, tetanosul, dizenteria); c) fără tratament specific (rugeola, gripa, tusea convulsivă, oreillon, erizipelul, encefalita letargică, poliomielita, tifosul exantematic).

In organizarea prevenirii *marilor boli sociale*, punctul de plecare l-a constituit din totdeauna, cum îl constitue şi astăzi, metodologia clasică a medicinei.

Dispensarul şi sanatoriul, cele două elemente fundamentale ale profilaxiei antituberculoase; reglementarea profilaxiei antivenerice; profilaxia cancerului, a pelagrei, a trachomului, etc., atât în elaborarea bazei statistice — absolut indispensabile — cât şi în înfăptuirea instituţiilor şi în măsurile de luat pe întreaga colectivitate, pornesc dela constatările obţinute prin investigaţia clinică.

Asistenţa socială, în delimitarea categoriilor de cari trebue să se ocupe şi în instituirea celor mai bune mijloace de acţiune pe teren, nu se poate nici ea dispensa de datele investigaţiei medicale.

Diagnosticarea specială a categoriilor de infirmi motori şi psihici, examenul stării organice a bătrânilor, gruparea incurabililor neuropsihici, etc., sunt etapele premergătoare ale oricărei opere raţionale de asistenţă socială. De metodologia medicală s'a servit cu deosebire *Dujarric de la Rivière* în capitolul „Médecine sociale de la vieillesse" scris în 1925 (44).

Protecţia materno-infantilă, în concepţia cuprinzătoare de azi, mergând dela perioada preconcepţională până la sfârşitul adolscenţei, are permanent la bază metodele medicinei propriu zise.

Scanned with OKEN Scanner

Este suficient să evidențiăm capitolele principale ale igienei sociale a maternității și copilăriei, spre a sesiza acest adevăr.

Igiena maternității acționează, în partea ei normativă, numai după o suficientă cunoaștere a factorilor patologici cari influențează sarcina și postpartum. *Igiena primei copilării* își poate pune în aplicare principiile și creia instituțiile corespunzătoare, numai după cunoașterea precisă a fiziopatologiei noului-născut și a sugarului. *Protecția vârstelor preșcolară și școlară* pornește dela cunoașterea, prin investigația clinică, a proceselor de creștere, a turburărilor provocate de insuficiența rațiilor alimentare, a examenului somatologic, a bolilor caracteristice vârstei, a stării psihice și a anormalităților mintale diverse. Aceeași necesitate, de aplicare a metodelor investigației medicale propriu-zise, se resimte permanent în organizarea protecției *categoriilor speciale de copii* (copii în muncă, copii abandonați, orfani, delicvenți) (45).

Metodele technicei medicale au deasemenea un larg câmp de aplicare cu prilejul *controlului medical în educația fizică și în sporturi*, ca și în aplicarea practică a *orientării profesionale* a tineretului.

Educația fizică a organismului în creștere, atitudinea de adoptat în cazurile patologice și deficiente, înrîuririle exercitate de educația fizică asupra organismului adult, educația fizică la gravide, la sedentari și în grupele de vârstă înaintate, organizarea educației fizice ca factor de control biologic permanent al națiunii, organizarea coloniilor de vacanță, a dispensarelor de educație fizică, a laboratoarelor de cercetări în acest domeniu, etc., sunt tot atâtea capitole unde metodele de examen medical sunt puse la contribuție (46).

In *orientarea profesională* a adolescentului, rolul medicinei clinice este adesea covârșitor; trebue să intervie chiar colaborarea echipelor de specialiști in variatele ramuri clinice, precum și specialiști în studiul constituției și al eredității (47).

Metodele igienei clasice intervin deasemenea în câmpul medicinei sociale.

Cercetarea acțiunii atmosferii, a solului, analiza apelor potabile, desinfecția, dezinsectizarea și deratizarea, seroprofilaxia și vaccinările, examenele de laborator curente, sunt toate aplicări ale metodelor igienei.

La baza acțiunii medico-sociale stă statistica. *Metodele statistice* își găsesc un câmp de aplicare atât de vast, în medicina socială, încât unii autori au vorbit despre necesitatea „felului de a gândi statisticește".

Statistica, în cadrul metodologiei adecuate medicinei sociale, îmbracă mai multe forme.

Metoda monografică și *recensământul* dau expresie numerică unei situațiuni biologico-sociale sau demografice, la *dată fixă* și într'un *spațiu limitat*. Pe când însă *monografia* se referă la o singură problemă și se execută într'un anumit interval, *recensământul* îmbrățișează variate domenii ale biologiei națiunii întregi, considerată în gruparea după sexe, după neamuri, după grupe de vârstă, după profesiuni, și se execută într'o singură zi.

Monografiile, ca şi recensământul, reprezintă „un instrument perfecţionat de descriere cantitativă a fenomenelor cari se petrec cu massele de indivizi sau cu elementele sociale numerabile, deci relativ omogene" (*A. L. Bowley*, Elements of statistics, Sth ed. 1925).

Metoda înregistrării continue a fenomenelor biologice sau demografice, în care înregistrarea se face fără limită de timp, aduce mari servicii medicinei sociale prin aceea că îngădue *comparaţia* datelor la epoci diferite. Totodată această metodă scoate în evidenţă periodicitatea unor anumite fenomene.

Metoda anchetei restrânse (chestionarul) se aplică la fenomene medico-sociale cu caracter sporadic şi ne mai necesitând continuarea investigaţiei odată ce fenomenul în cauză a dispărut. Chestionarele sunt utile cu deosebire în epidemii cu caracter regional sau chiar mai vast.

Pentru unele probleme comune, medicina socială adoptă *metodele* de studiu şi cercetări ale *politicii sociale.*

Astfel, *igiena muncii* se bazează pe întreg complexul de legislaţie a muncii, de raţionalizare a producţiei şi de ridicare a standardului general de viaţă al claselor muncitoare.

Organizarea profesională medicală prezintă la rândul ei multe contingenţe cu politica socială şi cu metodele ei de investigaţie. Problema distribuţiei medicilor în raport cu populaţia, organizarea economică a corporaţiei medicale, relaţiile dintre corpul medical şi asigurările sociale, problema onorariilor, sunt câteva din aspectele cari necesită investigaţii cu metodele politicii sociale (48),

Medicina socială adoptă în largă măsură *metodele sociologiei.*

Cele mai importante metode adoptate de sociologi sunt: anchetele, metoda statistică şi metoda comparaţiei.

Anchetele monografice, cari oferă o orientare exactă asupra realităţilor sociale (49), se fac atât în vederea unor reforme de natură să uşureze implicit acţiunea medicinei sociale cât şi în scop de pură investigaţie ştiinţifică. Metoda anchetelor a fost utilizată, între alţii, de *Le Play,* în Franţa, obţinând studii concludente asupra familiilor de muncitori, a bugetului lor, a alimentaţiei, etc. Pentru medicina socială, atari anchete sociologice sunt de o importanţă considerabilă.

Anchtele sociologice pot lua uneori o mare extensiune, precum ne-o dovedeşte şi modelul de investigaţie fixat de *Paul Bureau:* cercetarea mediului natural, observarea vieţii interne a familiei, activitatea economică, mentalitatea populaţiei din regiunea dată, felul de viaţă şi obiceiurile familiei, concepţia generală despre viaţa socială, situaţia bunurilor şi a veniturilor, situaţia economică, cultura.

Metoda statistică, ce joacă oricum rolul pe care l-am descris în medicina socială, este chemată de multe ori să aducă un aport în plus prin utilizarea statisticii sociologice. Aceasta din urmă are în vedere în special *fenomenele de massă* ale societăţii umane, legile şi periodicitatea acestor fenomene, gruparea *lor,* căutând în ultimă analiză să deducă *cauzele generale şi constante* cari stau la baza acestor fenomene.

Uneori sociologia utilizează — şi medicina socială şi-o însuşeşte — metoda *comparaţiei,* punând faţă în faţă două serii de fenomene simultan prezente sau simultan absente şi trăgând concluzii asupra corelaţiei dintre ele. Astfel, F.

Scanned with OKEN Scanner

Lassalle a studiat corelația dintre lipsa de brațe pe piața muncii și creșterea salariilor și invers.

Toate metodele descrise, ale sociologiei, aduc medicinei sociale un sprijin din cele mai utile.

Metodele de investigație ale *economiei politice* sunt și ele folosite de medicina socială.

Stadiul și fenomenele economiei naționale trebuesc bine cunoscute, atunci când medicina socială atacă o serie de probleme speciale, precum alimentația, consumul de băuturi spirtoase, starea factorului locuință, organizarea muncii și a recreației, chiar gradul de cultură al unei populații. Majoritatea problemelor de medicină socială au raporturi cu economia politică. Starea de sănătate este strâns legată de starea economică a populației rurale, de alimentație, locuință, muncă și recreație. Deaceea, un studiu complect trebue să țină seama de factorii cauzali cari sunt în largă măsură cei economici. Ancheta economică se integrează în acest caz în metodele medicinei sociale: venitul pe cap de locuitor, producția muncii sale și repercutarea asupra sănătății trebuesc examinate.

Metodele *ingineriei* și ale *arhitecturii* ajută deasemeni medicina socială în probleme de *urbanism* și de *geniu sanitar*.

Lucrările de aducțiune de apă sunt cele mai vechi exemple de contribuție a metodelor technice ale ingineriei în domeniul medicinei sociale. Lucrările de asanare din diferite țări constitue o dovadă de utilitatea metodelor ingineriei, aplicată de astădată în combaterea unora din boalele sociale (paludismul).

Urbanismul, complex de acțiuni medico-sociale tinzând la construcția rațională a orașelor, ca rezultat al unor studii prealabile ținând seama de totalitatea cerințelor igienice, pune la un maxim de contribuție metodele ingineriei și ale arhitecturii (50). Ele au fost de o utilitate covârșitoare în edificarea unor centre urbane model (Suresnes).

Metodele arhitecturii au a interveni și într'un cadru mai limitat, în general la construirea unor instituții publice, unde condițiile de cubaj, luminat, natura materialului de construcție, orientarea clădirii, etc., stau la însăși baza întăptuirilor. Este cu deosebire important aportul în construcția localurilor de școală (45).

Metodele științelor de cari ne ocupăm aci își mai aduc aportul într'o serie de alte probleme: eliminarea resturilor menajere, a dejecțiunilor, cremațiunea, etc.

Metodele de *educație igienică a masselor* trebue să intre în normele de acțiune ale medicinei sociale. Educațiunea igienică a masselor este necesară pentru a face populația receptivă la operele medico-sociale; aceasta cu atât mai mult cu cât o țară este mai puțin evoluată. Astfel fiind, metodele de *culturalizare* și de *propagandă*, așa cum au fost preconizate de diverși autori, trebuesc cunoscute și aplicate în medicina socială. (51, 52).

Scanned with OKEN Scanner

Mai mult încă decât în alte domenii, este necesară aci adoptarea unei anumite *technici*, în toate inițiativele de educație, pe clase sociale, pe grupe de vârstă, etc. Educația prin viu grai, prin imprimate, prin imagini, prin expoziții și muzee, prin școalele de toate gradele, apoi centrele de învățământ pentru mame, centrele sociale, consultațiile gratuite de igienă, cinematograful, radio, presa, sunt exteriorizări ale educației și propagandei cari cer o metodologie proprie.

VI. ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICINEI SOCIALE

Necesitatea individualizării unui *învățământ* al medicinei sociale, pentru medici și pentru studenți, cât și pentru unele categorii de profesioniști cari colaborează la medicina socială practică (ingineri sanitari, educatori, etc.), a apărut evidentă în ultimul timp. Afirmarea imperativă și universală a acestei nevoi este rezultatul gândirii și experienței medicale dealungul timpului.

Însăși evoluția patologiei, dela o patologie locală spre una generală, a contribuit la această reformă. Experiența clinică a dus la concluzia că orice boală a individului are o înrîurire directă asupra organismului social și că mijloacele de apărare contra factorului boală constitue o problemă socială, care nu poate fi tratată empiric, ci printr'un învățământ adecvat.

Necesitatea unui învățământ al medicinei sociale derivă și din ceea ce am spus într'un capitol anterior relativ la pregătirea unei *noi mentalități a medicului*. Psihologia *oricărui* medic trebue transformată în sensul de a-l obicinui cu cugetarea medico-socială ; de-aceea își face tot mai mult drum învățământul medicinei sociale nu numai pentru elementele titrate, ci în înșiși *anii de studii* ai facultăților. Este de remarcat că, în Franța, unde învățământul medicinei sociale a fost facultativ, astăzi este înglobat în cursurile pentru studenți la facultățile din Lyon, Montpellier, Nancy, Paris și Alger. Mai multă desvoltare a luat învățământul medicinei sociale pentru studenți în *Statele Unite*. La Universitățile din Chicago, Nashville, New-Haven, Boston, Long Island, Rochester, învățământul medico-social se predă elementelor titrate în școli speciale, dar este organizat și în cursurile pentru studenți. Acelaș lucru la Universitatea John Hopkins din Baltimore. In general, se pornește dela cazul clinic, pentru a se preciza apoi totalitatea relațiilor dintre factorii patologici și factorii sociali și economici. Studentul întreprinde anchete în acest sens, la domiciliul bolnavului, și face propuneri concrete asupra măsurilor cari ar fi indicate pentru evitarea bolii (53).

O formă mai complectă de înglobare a medicinei sociale în înșiși anii de studii a fost realizată în *Germania*. Programul de studii medi-

Scanned with OKEN Scanner

cale, publicat în 1939 (Reichsgesundheitsblatt 5.IV.1939, pag. 282), cuprinde între alte materii: teoria eredităţii şi ştiinţa rasei, în semestrul II; fiziologia muncii, a sporturilor şi a exerciţiilor militare, politica demografică, chimia apărării pasive, în semestrul III; studiul raselor în semestrul V; igiena industrială în semestrul VII; asistenţa infantilă, boalele profesionale, în semestrul VIII. In decursul anilor de studii mai sunt prevăzute: inspecţiile întreprinderilor şi conferinţe de medicină industrială, medicina accidentelor, asistenţa socială, igiena rasei.

Este de o reală utilitate predarea cursurilor de medicină socială în anii de studii medicale; totuşi forma completă şi în condiţiuni ideale a învăţământului medico-social nu se poate realiza decât concentrat în *Institutul de medicină socială*, care-şi asumă un întreit rol: 1) instrucţiunea (a studenţilor ca şi a elementelor titrate) predată de un corp profesoral specializat; 2) elaborarea programului de acţiune practică medico-socială; 3) organizarea colaborării cu toate organismele, publice şi particulare, interesate la promovarea acţiunii medico-sociale. Organele de activitate exterioară a unui astfel de institut vor fi *echipele de studii*, cari realizează investigaţiile pe teren (54).

Mai multe ţări au realizat până în prezent această centralizare a învăţământului medico-social. - Menţionăm Iugoslavia, unde s'a căutat a se organiza un Institut cu ramuri pentru toate problemele medico-sociale.

Institutul de igienă din Belgrad, care prin legea din 21.XII.1929 a devenit organul competent al însuşi Ministerului sănătăţii publice, deci şi organ de execuţie pe ţară, are o totalitate de atribuţii: învăţământ, educaţie igienică a poporului, studiul biometric al populaţiei, studiul etiologiei şi terapeuticii sociale, cursuri de igienă pentru săteni, organizarea propagandei de igienă, a protecţiei materno-infantile, a igienei şcolare, etc.

Cu atribuţiuni complecte de instrucţiune şi organizare pe teren, funcţionează şi Institutul din Zagreb, precum şi Institutele de gradul al doilea dela Skoplje, Novisad, Ljubliana, etc. (55).

Un exemplu de institut cu activitate largă găsim şi în Franţa: *Institutul de igienă din Nancy* (56). Acesta realizează următoarele acţiuni: învăţământul universitar şi post-universitar al medicinei sociale; protecţia sanitară pe o întreagă regiune; coordonarea acţiunii practice între Universitate deoparte şi Stat şi instituţiile departamentale de altă parte.

Abstracţie făcând de situaţiunile speciale de mai sus, vom căuta să trecem în revistă *situaţiile de fapt*, din diversele ţări, în ce priveşte organizarea învăţământului medicinei sociale. Crearea, la epoci diferite, a instituţiilor, diferenţele de concepţii dela o ţară la alta şi evoluţia însăşi a ideilor de medicină socială, în etape, face ca

normele de organizare, funcţionare, precum şi programele de studii, să varieze adesea mult.

In scop de sistematizare, putem totuşi deosebi două mari grupe de instituţii: 1) cele din ţările industrializate; 2) cele din ţările mai mult sau mai puţin agricole. Această diviziune îşi are raţiunea în faptul că instituţiile de învăţământ medico-social au trebuit în general să ţină seama de anumite particularităţi ale vieţii sociale, economice şi politice a ţărilor respective şi să-şi desfăşoare activitatea după interesele naţionale ale fiecărei ţări.

A. Invăţământul medicinei sociale în ţările industrializate

Vom considera înfăptuirile din Germania, Anglia, Italia, Statele-Unite, Canada, Japonia.

In Germania, Academia de medicină de stat din Berlin predă, pentru medicii funcţionari în primul rând, serii de cursuri de câte 2 luni. Cursurile cuprind: politică sanitară, studiul eredităţii şi al rasei, bolile ereditare şi politica populaţiei; igienă şi epidemiologie; cultura sănătăţii şi asistenţa sanitară; problema alimentaţiei, exerciţii fizice, sănătatea copilului, lupta antivenerică şi antituberculoasă, medicină legală, anatomie patologică şi expertize medicale; chestiuni de organizare şi de legislaţie sanitară; protecţia aero-chimică (57)

Tot în Germania trebue să menţionăm desvoltarea apreciabilă pe care a luat-o, în legătură cu însăşi preocupările politicii de stat, învăţământul *igienei rasei* şi al *antropologiei*. Catedre de igienă a rasei există la Berlin, Bonn, Frankfurt a. M. Giessen, Hamburg, Heidelberg, Jena, Koenigsberg, Muenchen şi Würzburg, iar dintre numeroasele institute pentru studiul eredităţii şi al rasei, menţionăm: Institutul Kaiser Wilhelm din Berlin, Institutul din Frankfurt a. M., Institutul pentru ereditate din Jena, Institutul din Bonn, Institutul pentru biologia rasei din Königsberg, Institutul de antropologie din Kiel, etc.

In Anglia, funcţionează *London School of Hygiene and tropical Medicine*, cu un întreit obiectiv: a) pregătirea unui corp medical specializat în medicina tropicală; b) pregătirea medicilor pentru igiena industrială; c) pregătirea specialiştilor în epidemiologie şi în organizarea sănătăţii publice în general.

In Italia, menţionăm: Institutul de sănătate publică din Roma, creat în 1931, şi care, între alte atribuţiuni, o are pe aceea de a forma specialişti în igienă; Şcoala internaţională de paludologie; Institutul de medicină tropicală şi subtropicală; Institutul de biotipologie.

In *Canada*, se predau cursuri de medicină preventivă la şcoala de medicină a Universităţii din Toronto, precum şi la Universitatea Mac Gill din Montreal.

In *Japonia*, a fost înfiinţat un Institut de igienă publică, la Tokio. Aci se predau toate chestiunile privitoare la igiena publică, viitorilor medici igienişti. Durata cursurilor este de un an (58).

Scanned with OKEN Scanner

B. Invățământul medicinei sociale în țările de tip agricol

In *Turcia*, funcționează : *școala de igienă din Ankara*, întemeiată în 1936 și predând cursuri speciale pentru medicii din serviciul sănătății publice, medicii industriilor, medicii școlari și inginerii sanitari; *institutul de paludologie din Adana* și *institutul pentru protecția materno-infantilă*.

In Grecia, avem de menționat : *școala de igienă din Atena* și centrul de sănătate din Ambelokipi (care are și rol de învățământ).

In *Ungaria*, *Institutul de igienă din Budapesta* organizează cursuri pentru medicii igieniști și cursuri speciale de igienă școlară.

In *Spania* a luat ființă, în 1934, *Institutul național al sănătății*, care, deosebit de activitatea de igienă aplicată, predă învățământul statisticii medicale, igienei muncii, igienei infantile, geniului sanitar și legislației sanitare.

In *Bulgaria*, *Institutul de igienă publică din Sofia* predă cursuri obligatorii pentru toți medicii comunelor, departamentelor, școlilor.

Despre învățământul medicinei sociale în *Iugoslavia*, am vorbit mai sus.

La *Varșovia*, *Institutul de igienă de stat* posedă o școală de igienă, care predă cursuri de statistică, epidemiologie, igienă industrială, igienă alimentară.

In *România*, funcționează Institutele de igienă din București, Iași și Sibiu.

In *Rusia*, învățământul medicinei sociale a căpătat un apreciabil grad de desvoltare și autonomie. Trăsătura caracteristică este îndrumarea spre o anumită ramură a medicinei sociale, a studentului chiar din momentul în care se consacră studiilor medicale. Intr'adevăr, învățământul medical este trifurcat, funcționând trei categorii de facultăți de medicină: a) facultățile de medicină și de profilaxie; b) facultățile sanitare, de igienă și de științe sanitare; c) facultățile pentru protecția materno-infantilă (59).

Dintre țările extraeuropene, menționăm, la acest capitol, *Marocul*, unde în 1930 s'a inaugurat, la Rabat, un Institut de igienă, cu următoarele secțiuni : învățământ, studii și cercetări, profilaxie aplicată, technică sanitară, expertize medicale, documentare (60).

Intr'un număr de *colonii engleze*, funcționează școli pentru pregătirea medicilor și inspectorilor sanitari. Găsim astfel de școli în: Ceylan, Cypru, Gibraltar, Guinea Britanică, Hong-Kong, Jamaica, Nigeria, Tanganica, Uganda, Zanzibar (61).

Reese din cele de mai sus că variațiunile de programe ale diverselor instituții de învățământ medico-social sunt în bună parte expresia stărilor sociale și a necesităților din fiecare țară.

In țările *industriale*, învățământul medicinei sociale a isvorît din necesitatea de a proteja în primul rând clasa muncitoare și numai în urmă preocupările programului s'au extins asupra sănătății întregei națiuni. Pe alocuri, învățământul a căutat să corespundă și unor necesități speciale, cum este cazul școalei de igienă și medicină tropicală din Londra.

In țările *agricole*, în măsura în care ele își pierd din caracterul total agricol, spre a face loc și industriilor în legătură cu agricultura

sau chiar marei industrii, învăţământul medicinei sociale evoluiază şi el, dela programul consacrat aspectelor de sănătate rurală spre un program integral al capitolelor medicinei sociale.

VII. MEDICINA SOCIALĂ IN ROMÂNIA

Până spre mijlocul secolului al XVII-lea, nu putem vorbi, în Ţările Române, de medicină socială în înţelesul pe care l-am atribuit acestei noţiuni. N'a existat o medicină socială, nici ca măsuri aplicate pe teren, nici în domeniul legiferării şi al organizării.

Perioada 1640—1652, corespunzătoare elaborării şi aplicării marilor coduri româneşti şi anume : *Pravilele* lui Matei Basarab şi Vasile Lupu, aduc primele elemente de legislaţie cu caracter medico-social. Regăsim aceste elemente atât în pravila bisericească cea mică dela Govora (1640), cât şi în pravila lui Vasile Lupu din 1646 şi în a doua pravilă a lui Matei Basarab, din 1652.

Pravila bisericească cea mică (1640) prevede *pedepse contra infanticidului;* „iară cela ce îşi va urgisi copilul carele va naşte şi-l va lăsa de va muri, şi aceea ca ucigaşă să se canonească".

Pravila lui Vasile Lupu, editată în 1646 la Mânăstirea Trisfetitele din Iaşi, după ce înşiră diversele manevre criminale de infanticid, prevede: „cela ce va ucide prunc micşor, se va certa mai cu rea moarte decât cela ce ar fi ucis bărbat deplin".

Pravila lui Matei Basarab din *1652* (cea de a doua pravilă, din Târgovişte), prevede: „iară muiarea ce va omorâ copilul de voie, ca un ucigaş să se canonească".

Pravilele prevăd penalităţi severe şi pentru *avortul criminal.* In pravila dela Govora, în 1640, găsim: „muiarea care va bea ierbi să nu nască, să aibă pocanie în nouă ani şi metanii câte 160 şi altele"; iar pravila din 1652 prevede, la catastihul I, glava 374: „carea de in muieri va purta ierbi sau le va mânca, ca să nu facă feciori sau va face într'alt chip meşteşug, de va omorî copilul în pântecele ei, sau de-şi va otrăvi sgâul acolo unde se zămisleşte copilul ca să nu mai facă copii, aceea ca un ucigaş să se canonească" (62).

Au fost şi alte capitole de medicină socială legiferate prin Pravile.

Astfel, găsim fixat rolul factorului pe care astăzi îl numim medic-legist. In Pravila lui Matei Basarab, găsim următorul text: „Pentru ca să-l cunoască judecătorul că este adevărat nebun, să întrebe pe vraci, care foarte lesne îl vor cunoaşte de va fi nebun adevărat", precum şi un alt paragraf: „când va zice vraciul că e rană de moarte sau nu de moarte, îl vom crede; mai vârtos când se va afla că vraciul e dascăl, cum le zice acestora *doftori,* atunci se crede şi mai bine".

Pravilele mai conţin, în fine, prevederi relativ la perversiuni sexuale, boli venerice, etc.

Secolul al XVIII-lea reprezintă, în Principate, o perioadă de desvoltare, relativ însemnată, a *asistenţei sociale* şi a *medicinei curative.*

Scanned with OKEN Scanner

In această perioadă se întemeiază *cutia milelor*, pe lângă biserici, unde credincioșii își aruncă obolul, al cărui produs servește în special protecției infantile.

Această ramură a medicinei sociale se bucură de o deosebită atenție. Se creiază instituția „Orfanotrofion", cu un azil și un spital pentru copiii găsiți și orfani.

Destulă intensitate capătă asistența socială propriu zisă, prin instituțiile, pe lângă biserici și mânăstiri, destinate elementelor defective. Documentele vremii relatează că mânăstirile Sărindar, Pantelimon, Sf. Gheorghe, Sf. Vineri, apoi Sf. Spiridon din Iași, Madona Dudu din Craiova, Căldărușani, Neamțu, în fine marea mânăstire Mărcuța, au servit ca adăpost celor „smintiți de hire" (63)

Medicina curativă, la rândul ei, a înregistrat, în acest secol, înfăptuiri din cele mai importante. S'a întemeiat, încă la începutul secolului, spitalul Colțea. In 1735 se întemeiază spitalul Pantelimon. Spiritul de largă generozitate care însufleția pătura conducătoare a vremii a contribuit la înzestrarea acestor mari instituții spitalicești.

Perioada dela *finele secolului XVIII* și *începutul secolului XIX* aduce o altă notă caracteristică: se pun bazele unei *organizări sanitare* în Principate (64). In 1793, Domnitorul *Al. Moruzzi* instituise trei „doctori ai poliției". La începutul secolului XIX, se institue medici oficiali, în unele orașe mai importante.

O instituție cu atribuțiuni multiple de medicină socială a fost *Epitropia Obștirilor*, pe care o găsim funcționând în Muntenia, la finele secolului XVIII, sub *Mihai C. Șuțu* (1783-1784). Această instituție, cu venituri bine stabilite, se ocupa de: îngrijirea școalelor, podirea și lărgirea străzilor, alimentarea Capitalei cu apă, deci atribuțiuni de igienă școlară și de urbanism; tot ea îndeplinia operă de asistență socială și, în fine, nu neglija nici oarecari preocupări de politică socială, precum încurajarea meseriilor, combaterea luxului și a risipei, etc.

In perioada de care ne ocupăm, mai avem de menționat și începuturi de *educație igienică* și profilactică. In 1824, apare în București o lucrare: „Povățuire pentru holeră". In urmă, o nouă lucrare: „Amănunturi apărătoare și igienice pentru miserere sau cholera morbus". Prima lucrare este anonimă; a doua este a lui *Tavernier* (65). Trebue de asemeni să semnalăm începuturile înregistrării statistice: preoții înregistrează datele dela 1831, iar în 1864 oficiul de stare civilă este trecut la primării.

Perioada Regulamentelor Organice (1830-1848) se caracterizează prin o mai mare desvoltare pe care a luat-o medicina socială, la capitolul legislației și la acel al înfăptuirilor. Epoca regulamentelor organice aduce pentru prima oară o *legislație sanitară*, în care se cuprind o serie de obiective, isvorîte atât din necesitățile vremii (reglementarea carantinelor, într'o perioadă în care bântuiau încă marile flagele), cât și din o concepție mai cuprinzătoare a problemelor medico-sociale (organizare interioară, geniu sanitar, asistență).

Scanned with OKEN Scanner

Reglementarea carantinelor. S'au creiat trei categorii: a. carantine mari, pentru călătorii în grupe mari; b. carantine mici, pentru călătorii izolaţi; c. aşa zisele contuare, pentru corăbii.

Organizarea sanitară interioară se caracterizează, la începutul secolului al XIX-lea şi până spre jumătatea lui, prin crearea *regiunilor sanitare,* cu câte un medic şi un hipchirurg. In fruntea organizării sanitare se afla, în fiecare Principat, câte un comitet al sănătăţii.

Preocupările de *geniu sanitar,* cari se manifestaseră şi în secolul trecut, iau acum mai multă extensiune. Regulamentele organice au prescris regularizarea cursurilor râurilor în scop de combatere a paludismului. Pentru o mai bună realizare pe teren a lucrărilor de geniu sanitar, se întemeiază chiar instituţii adecvate: Eforiile comunale, având ca atribuţiuni: salubritatea oraşelor, aprovizionarea lor cu apă, pavatul străzilor, iluminatul.

Perioada Regulamentelor organice duce mai departe, şi cu mai multă amploare, *opera de asistenţă* iniţiată de generozitatea boerilor secolului XVIII. Asistenţa infantilă ocupă şi de astădată un loc de frunte, întemeindu-se Institutul Gregorian din Iaşi, de către Grigore A. Ghica. In 1852, ia naştere instituţia *Eforia caselor făcătoare de bine,* sub scutul bisericii şi subvenţionată de către stat.

A doua jumătate a secolului XIX, care în bună parte coincide cu domnia bogată în înfăptuiri a Regelui Carol I şi cu constituirea statului românesc modern, a înregistrat şi pe tărâmul medicinei sociale o mişcare de idei şi înfăptuiri interesante, în limita posibilităţilor vremii.

Menţionăm numai în treacăt *începuturile învăţământului medical* român, sub directivele fruntaşilor cari au fost profesorii *Kretzulescu, Davila, Felix.* Invăţământul a creat, ca peste tot într'o primă fază de evoluţie, serii de elemente pentru aplicarea medicinei strict curative şi deaceea el ne preocupă puţin aci. Nu e mai puţin adevărat însă că unii din fruntaşii medicinei curative, cari au ocupat temporar posturi de conducere în organizarea sanitară, au iniţiat mişcări de idei şi chiar înfăptuiri medico-sociale.

Medicul general *Carol Davila,* prin Şcoala naţională de medicină, pe care a întemeiat-o, a pregătit un corp sanitar, militar şi civil, care a putut corespunde misiunii sale, mai ales în războiul din 1877. Tot Davila a înzestrat armata cu material sanitar şi a organizat serviciile sanitare ale unităţilor.

Profesorul *I. Felix* a publicat importanta lucrare „Istoria igienei în România" (Analele Academiei Române, seria II-a, tomurile XXIII-XXIV; 1901—1902); învăţământul medicinei, prevenirea boalelor, asistenţa publică, spitalele, stabilimentele balneare, protecţiunea copiilor, sunt principalele capitole pe cari le tratează profesorul *Felix,* cu bogată documentare.

Curentele de idei şi realizările medico-sociale din a doua jumătate a secolului XIX, ne-au preocupat într'o lucrare specială, pe care am publicat-o cu prilejul centenarului Regelui Carol I (66). Profeso-

Scanned with OKEN Scanner

rul *Babeş*, profesorul *Felix*, d-rul *Sergiu*, au emis directive şi au luptat pentru traducerea în fapt a unora din dezideratele medico-sociale.

Incă în 1867, deci la un an după sosirea Domnitorului Carol în ţară, apoi în 1875, se reglementează problema *industriilor insalubre* (67).

In 1892, profesorul *I. Felix*, director general al Serviciului Sanitar, cere *medicilor rurali* să se consacre cu toată atenţia medicinei preventive şi educaţiei bolnavilor în domeniul profilaxiei; spitalul rural, în concepţia profesorului *Felix*, trebuia să devină o adevărată şcoală, unde ţăranul să se iniţieze asupra modificării felului său de viaţă şi îmbunătăţirii stării sale fizice şi morale (68). Sunt demne de relevat aceste enunţări, permanent valabile, de igienă rurală.

Şi *medicina şcolară* a fost luată în considerare de către fruntaşii medicinei noastre, la finele secolului trecut. Astfel, profesorul *V. Babeş* cerea categoric ca medicul şcolar să fie specializat şi el să predea elevilor igiena (69).

Problemele de *geniu sanitar* au preocupat, în 1888, pe d-rul *Sergiu*, directorul Serviciului sanitar din acea vreme; el cerea ca la sate să se respecte un minimum de condiţiuni în ce priveşte direcţia şi alinierea uliţelor, precum şi privitor la materialul de construcţie a caselor ţărăneşti. Problema *apei potabile* a preocupat autorităţile sanitare în anul 1893.

Capitolul *organizare* sanitară trebue deasemeni relevat în a doua jumătate a secolului XIX. In anul 1862 se întemeiază *Direcţiunea sanitară*, cu un consiliu medical superior. *Davila* devine inspector general al Serviciului Sanitar. Tot acum sunt numiţi primii medici de plasă.

Dela 1874 înainte, se succed o *serie de legi sanitare* (legile din 1874, 1881, 1885, 1898), căutând fiecare să marcheze un pas înainte pe calea organizării sanitare a ţării. Netăgăduit, aceste legi au avut scăderile lor, deoarece la dese intervale alterna regimul centralizator cu cel descentralizator şi atribuţiile sanitare erau lăsate adesea în seama organelor periferice administrative (70). Pe de altă parte însă, au dus la unele înfăptuiri cari trebuesc relevate. Legea din 1881 întemeiază consiliile de igienă şi se ocupă de mai multe capitole medico-sociale, între cari şi acel al bolilor venerice.

Primele decenii ale secolului XX. In această perioadă s'au produs iniţiative medico-sociale importante. Se pune baza operei de combatere a tuberculozei. Se înfiinţează laboratoare regionale şi se organizează lupta contra boalelor infecţioase. Se înfiinţează căminuri pentru pregătirea moaşelor rurale şi şcoli pentru formarea agenţilor sanitari, etc. Medicilor sanitari li se recomandă o activitate extra-medicală cu caracter medico-social (71).

Un moment important este reprezentat prin *legea sanitară din 1910* (legea *Cantacuzino*). Această legiuire pune capăt, în bună parte, instabilităţii în care se afla până atunci corpul medical, reali-

zând astfel un mare principiu de echitate administrativă şi dând totodată posibilităţi mai mari de lucru factorului medical. Prin legea Cantacuzino ia fiinţă *Casa sănătăţii publice rurale,* cu multiple atribuţiuni medico-sociale, ca lucrări de alimentare cu apă şi canalizare, lupta contra bolilor sociale, etc.

Evoluţia politică şi economică a Statului reîntregit după războiul 1916-18 a fost de natură să promoveze mişcarea de medicină socială şi să favorizeze un număr de înfăptuiri. Atât reforma agrară cu consecinţele ei în ordinea economică (pulverizarea proprietăţii), cât şi industrializarea parţială a ţării, au creat un număr de probleme cu caracter medico-social. Concomitent, mersul ideilor în majoritatea ţărilor occidentale impunea şi la noi reforme în *domeniul organizării.*

Chiar imediat după Unire, organizarea oficială a luat în considerare noul curent de idei, aşa încât în 1919 Consiliul dirigent al Ardealului crease un departament al asistenţei sociale şi igienei publice. In 1923 (după ce în 1921 fosta Direcţie generală a Serviciului Sanitar se contopise cu Ministerul Muncii), se crează, printr'o lege specială, *Ministerul Sănătăţii Publice şi al Ocrotirilor Sociale.*

Legislaţia muncii şi asigurărilor sociale, la noi, a ţinut deasemenea seamă, în parte, de dezideratele medico-sociale. Fără a fi vorba de o legiferare unitară şi complectă, a fost introdusă pe teren inspecţia medicală a industriilor, instituţia medicului de fabrică, controlul securităţii, investigarea pe alocuri a boalelor profesionale, etc. *Legea asigurărilor sociale* acordă deasemenea o parte medicinei preventive.

In ultimul timp sunt tot mai numeroşi autorii români preocupaţi de problemele medico-sociale. Personal, am căutat — prin lucrări diverse — să înfăţişez problemele importante ale timpului şi să adaptez preconizările doctrinare, realităţilor din mediul românesc.

In 1942, ca o nouă etapă de evoluţie, s'a creat la Bucureşti catedra de medicină socială şi la Cluj catedra de biopolitică.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. *J. Courmont, G. Lesieur, A. Rochaix,* Précis d'hygiène, V-e édition par *A. Rochaix,* Paris, Masson, 1940.
2. *A. Dobrovici,* Les origines de la biologie: Hippocrate, Bucarest 1939.
3. *P. Diepgen,* Geschichte der sozialen Medizin, în colecția „Staatsmedizinische Abhandlungen", Leipzig 1934.
4. *A. Valensin,* citat de *René Biot,* Principes et technique d'une politique de la santé publique, 1938, p. 48.
5. *D. Gusti,* Sociologia militans, București 1934, pag. XI.
6. *C. Coerper,* Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Sozialbiologie, Soziologie und Sozialphilosophie, Leipzig 1932.
7. *A. Grotjahn,* menționat de *A. Gottstein,* Entstehung und Zukunft der sozialen Hygiene, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 1, 1932.
8. *L. Carozzi,* Doit-on systématiser la médecine sociale? Bruxelles médical, 25 sept. 1932
9. *J. Parisot,* La médecine sociale, Arch. de médec. sociale et d'hyg. Juin 1938.
10. *Prochaska,* menționat de *H. Pelc,* Leçon d'ouverture du cours de médecine sociale à l'Université Charles de Prague, Revista de igienă socială, Mai 1936.
11. *P. Delore,* Les tendances de la médecine contemporaine, Paris, Masson 1937.
12. *M. J. Rosenau,* Preventive medicine and hygiene, Sixth edition, New-York-London, 1935.
13. *G. Daniel, A. Daniel,* Arts et techniques de la santé, Paris, Doin, 1937, vol. I.
14. *R. Pearl,* Introduction to medical biometry and statistics, ed. III, Philadephia 1930.
15. *M. Mosse, G. Tugendreich,* Krankheit und soziale Lage, München 1913.
16. *A. Grotjahn,* Soziale Pathologie, II. Auflage, Berlin 1915.
17. *Sicard de Plauzoles,* Leçon d'ouverture du cours libre d'hygiène sociale, La prohylaxie antivénérienne, nr. 3—4, mars-avril 1933.
18. Prof. *Zahn,* Das Bevölkerungsproblem und die volkswirtschaftliche Kapitalbildung, Der öffentliche Gesundheitsdienst 5. Dez. 1935, p. 667.
19. Etudes et documents, série H. Bureau International du travail, L'assurance invalidité, vieillesse, décès, obligatoire, 1935.

Scanned with OKEN Scanner

20. *R. Weissenbach, F. Françon,* Les conséquences économiques et sociales du rhumatisme chronique, Le monde médical, nr. 833, 15 sept. 1933.
21. *H. Baur, E. Fischer, F. Lenz,* Menschliche Erblehre, München 1936.
22. *W. Schultze,* Die Bedeutung der Rassenhygiene für Staat u. Volk in Gegenwart und Zukunft, în „Rassenhygiene im völkischen Staat", München, 1934.
23. *G. Banu,* Principes d'un programme d'hygiène de la race, Bulletin de l'Académie de médecine de Roumanie, I-e année, tome II, nr. 5, 1937.
24. *H. Kantorowicz,* Der Arzt in der Sozialpolitik, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, nr. 1, 1930.
25. *H. Berger,* Medizinische Soziologie (Gemeinschaftslehre), Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20. Juli 1937.
26. *F. Hueppe,* Zur Geschichte der Sozialhygiene, în Handbuch der sozialen Hygiene, I. Band, pag. 11 şi următoarele.
27. *A. Grotjahn,* Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene, în colecţia „Sozialhygienische Abhandlungen", Karlsruhe, 1927.
28. *F. Ickert, J. Weicksel,* Grundriss der sozialen Medizin, 1932.
29. *R. Virchow,* în articolul program din revista „Medizinische Reform", 1848.
30. *A. Castiglioni,* Histoire de la médecine, traducere din italiană de Bertrand şi Gidon, Paris 1931, pag. 247.
31. *N. Neuberger,* Zur Geschichte der Lehre von den Berufskrankheiten, Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes, 1930, fasc. 10.
32. *F. Orestano,* L'assistenza sociale nell' Impero Romano, Le assicurazioni sociali, no. 6, 1938
33. *H. Haubold,* Johann Peter Frank, der Gesundheits-und Rassenpolitiker des XVIII. Jahrhunderts, Lehmanns Verlag, München, 1939.
34. *A. Rochaix,* Naissance de l'hygiène moderne, Le mouvement sanitaire, mars 1935
35. *S. Neumann,* Die öffentliche Gesunheitspflege und das Eigentum, 1847.
36. *A. de Gobineau,* Essai sur l'inégalité des races humaines, 1853.
37. *Charles Darwin,* The origin of species, London 1859.
38. *G. J. Mendel,* Versuche über Pflanzen-Hybriden, 1865.
39. *E. Haeckel,* Generelle Morphologie der Organismen, 1866.
40. *F. Galton,* Hereditary Genius, its laws and consequences, London, 1869.
41. *F. Redeker,* Die Bedeutung der Tuberkulose für die Eheeignung und Ehetuglichkeit, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5 Okt. 1936.
42. *H. Rautmann,* Soziologie innerer Krankheiten, Handbuch der sozialen Hygiene, vol. V, 1927.
43. *G. Banu,* Examen critic şi sintetic al problemelor de sănătate rurală, Revista de igienă socială, no. 1—6, 1940.
44. *Dujarric de la Rivière, în Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix,* Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée, vol. XXXIII (Médecine sociale), éd. Maloine, Paris 1925.
45. *G. Banu,* L'hygiène sociale de l'enfance, vol. II, Bruxelles, 1933.
46. *G. Banu,* Educaţia fizică în serviciul poporului, Revista de igienă socială Ian.-Febr. 1938
47. *W. Pryll,* Berufsberatung, în Handbuch der sozialen Hygiene, vol. 5, 1927.
48. *G. Banu,* Situaţia profesională a compului medical din România, Revista de igienă socială, 1934, p. 651.
49. *P. Andrei,* Sociologie generală, Craiova, 1936.
50. *Le Corbusier,* Urbanisme, 1927.
51. *A. Schlossmann,* L'enseignement populaire de l'hygiène, I-e conférence internationale de service social, vol. III, 1929.

Scanned with OKEN Scanner

52. *L. Viborel*, La technique moderne de la propagande de l'hygiène sociale, Paris 1930.
53. Hygiène publique et problèmes sociaux aux Etats-Unis d'Amérique, Rapport du groupe des médicins hygiénistes, Bullet. trimestr. de l'Organisation d'Hygiène, Déc. 1936.
54. *G. Banu*, La science de la médecine sociale, Bucarest 1940.
55 *St. Ivanic, B. Konstantinovic*, Le service d'hygiène dans le Royaume de Yougoslavie, Belgrade 1930.
56. Second rapport général sur certaines écoles et certains instituts d'hygiène d'Europe, Bullet. trimestr. Organisation d'hygiène, vol. II, no. 2, avril 1938.
57. L'académie de médecine d'état de Berlin, Bullet. Office Internat. d'hygiène publ. tome XXXI, nr. 4, avril 1939.
58. *M. Tsurumi*, Sur la création d'un Institut d'hygiène publique „Koshu-Eisei-In", Tokio, Bulletin Off. Intern. d'hygiène publique, tome XXXI, no. 4, avril 1939
59. *A. Roubakine*, La réforme de l'enseignement de la médecine dans l'U.R.S.S., Nancy 1931.
60. *Dr. Gaud*, Organisation et programme de l'enseignement de l'hygiène au Maroc, Bull. Office internat. Hygiène Publique, avril 1939.
61. Renseignements relatifs aux écoles d'hygiène d'état, Bull. Off. Int. Hyg. Publ., avr. 1939.
62. *M. Bujoreanu*, Legiuirile României vechi și celei noui, editate de Academia Română, menționat de *G. Banu*, Asistența comunală a copiilor găsiți, orfani și săraci, 1923.
63. *V. Gomoiu*, Preoțimea în slujba operelor de ocrotire și medicină socială, Analele Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Aprilie-Sept. 1927, pag. 82.
64. *I. C. Filitti*, O pagină din istoria medicinei în Muntenia, Revista științelor medicale, Februarie 1929.
65. *V. Gomoiu*, Din istoria medicinei și a învățământului medical în România, București 1923.
66. *G. Banu*, Medicina în timpul Regelui Carol I, București, Impr. Monit. Oficial, 1939.
67 Monitorul medical No. 12 anul VI, 30. VI. 1867 și Monitorul Oficial No. 156 din 1875.
68. Ordinul circular No. 20107 din 19. X. 1892, Bulet. Direcț. gener. a serv. sanitar, no. 21, 1. XI. 1892.
69. *V. Babeș*. Rolul medicului în școală, Bulet. Asoc. gen. a medicilor, Iunie-Iulie 1908.
70. *G. Banu*, Bugetele sanitare județene și comunale, Revista de igienă socială, Dec. 1933 și Febr. 1934.
71. *I. Bordea*, Probleme sanitare, orientări și dezorientări, România Medicală 1. III și 1. V. 1940. — Zile trăite, din amintirile unui fost medic rural, România Medicală, 1. IV. 1938.

Scanned with OKEN Scanner

E U G E N I A

Scanned with OKEN Scanner

E U G E N I A

I. DEFINIȚIA ȘI OBIECTIVELE EUGENIEI

A. *Definiții.* — B. *Obiective.*

II. EVOLUȚIE ISTORICĂ

A. *Perioada antichității.* — B. *Evul mediu.* — C. *Evul modern.*

III. CONSIDERAȚIUNI ASUPRA EREDITĂȚII

A. *Evoluția ideilor.* — B. *Ereditatea la om:* 1. Ereditatea normală; 2. Ereditatea patologică; 3 Exemplificarea modalităților principale de transmitere a eredității patologice; 4. Monomerie și polimerie; 5. Problema determinării sexului; 6. Importanța studiului gemenilor; 7. Problema constituției.

IV. STUDIUL RASEI

A. *Formarea și încrucișarea raselor primitive.* — B. *Diferențieri pe bază morfologică.* — C. *Diferențieri pe bază biochimică.* — D. *Compoziția rasială a câtorva popoare europene.*

V. FIZIOPATOLOGIA RASEI

A. *Considerațiuni asupra fiziologiei raselor.*—B. *Date asupra patologiei raselor.*

VI. STUDIUL FACTORILOR CARE COMPROMIT VALOAREA BIOLOGICĂ A DESCENDENȚII (FACTORI DISGENICI)

A. *Factori endogeni:* 1. Boli cu transmisiune ereditară: *a)* Debilitatea mintală; *b)* Schizofrenia; *c)* Psihoza ciclică; *d)* Epilepsia ereditară; *e)* Coreea ereditară; *f)* Cecitatea ereditară; *g)* Surditatea ereditară; *h)* Malformații fizice ereditare. 2. Factori infecțioși: *a)* Infecțiunea sifilitică; *b)* Infecțiunea gonococică; *c)* Tuberculoza; *d)* Malaria. 3. Factori toxici: *a)* Alcoolismul; *b)* Diverse toxicomanii. — B. *Factori de mediu sau peristatici.*

VII. NECESITATEA PROMOVĂRII EUGENICE A MASSEI MIJLOCII A POPULAȚIEI

A. *Supradotații și regresiunea lor numerică.*—B. *Disgenicii, sarcină pentru politica socială.* — C. *Massa mijlocie și normală, garanția normalizării biologice.*

Scanned with OKEN Scanner

VIII. MĂSURILE PRACTICE DE EUGENIE (POLITICĂ EUGENICĂ)

A. *Măsuri biologice :* 1. Certificatul medical prenupţial; 2. Controlul preventiv al naşterilor şi avortul eugenic; 3. Lupta contra metisajului; 4. Combaterea consangvinităţii; 5. Segregarea; 6. Sterilizarea şi castrarea eugenică; 7. Studiul ştiinţific al ereditătii şi al igienei rasei. — B. *Măsuri sociale;* 1. Colonizări rurale; 2. Micile colonizări rurale şi suburbane.—C. *Politica eugenică a familiei:* 1. Împrumuturi pentru consolidarea familiei numeroase şi ereditar normală; 2. Asigurarea integrităţii proprietăţii rurale, în scop eugenic; 3. Compensarea sarcinilor familiale; 4. Reforme fiscale; 5. Politica salarizărilor; 6. Diverse alte avantaje pentru familiile numeroase şi biologic normale; 7. Legislaţii complecte de politică a familiei. — D. *Măsuri de medicină socială:* 1. Combaterea bolilor sociale; 2. Igiena mintală; 3. Educaţia eugenică a populaţiei; 4. Norme de organizare a documentării eugenice.

I. DEFINIŢIA ŞI OBIECTIVELE EUGENIEI

A. Definiţii

Omul, ca unitate biologică, este expresia acţiunii pe care o exercită asupra lui, în permanenţă, de o parte *mediul exterior* social, economic, cultural şi moral, de cealaltă parte *constituţia,* rezultanta componentelor ereditare pe care individul le transmite la rândul său urmaşilor.

Studiind înrîuririle din prima categorie, acelea ale mediului exterior, considerăm omul *în spaţiu.* Expunerea asupra medicinei sociale ca ştiinţă, ne-a arătat că această disciplină studiază legăturile între biologia individului şi factorii care compun ambianţa (locuinţa, alimentaţia, gradul de cultură, structura socială a colectivităţii) şi influenţează sănătatea omului.

Când considerăm factorii constituţionali derivând din ereditate, omul este privit în evoluţia lui *în timp.* Individul reprezintă elementul de legătură între generaţii, îndeplinind funcţia de transmitere, prin actul procreaţiei, a calităţilor şi defectelor moştenite. Produs biologic al şirului infinit de generaţii care l-au precedat şi generator al celor care vor urma, fiecare individ este purtător *în timp* al valorii ereditare a grupelor de populaţie : familie, spiţă, naţiune, rasă.

Pe baza acestor consideraţii, putem defini eugenia : *ştiinţa care se ocupă cu studiul valorii ereditare a omului, privit ca factor de legătură între generaţii, şi cu ameliorarea — prin diferite măsuri — a substratului ereditar* (1).

Elementele care influenţează valoarea ereditară a generaţiilor consecutive, sunt variate, deoarece la factorii biologici se adaogă şi to-

talitatea factorilor economici, sociali şi culturali. De aceea, o definiţie mai cuprinzătoare a eugeniei este cea derivată din enunţarea lui *Galton: ştiinţa care studiază toţi factorii supuşi controlului societăţii şi capabili de a modifica, în sens favorabil sau defavorabil, însuşirile fizice şi mintale ale generaţiilor viitoare, indicând apoi — pe baza acestui studiu — măsurile de normalizare biologică a colectivităţii* (1).

Termenul „eugenie" a fost introdus prima oară, în terminologia ştiinţifică, în anul 1883, de *Galton* (1822—1907). In Germania, după ce la începutul acestui secol unii autori *(Alfred Grotjahn)* vorbiseră despre „igiena procreaţiei", s'a introdus în ultimul deceniu termenul *igiena rasei.*

Igiena rasei este considerată ca o ramură a ştiinţei vaste care este *biologia rasei* şi consideră totalitatea manifestărilor vitale şi evolutive dealungul existenţei permanente a rasei. Biologia rasei reprezintă un proces în continuă devenire sau desfăşurare: reproducere, ereditate, mutaţii, selecţiune, lupta pentru existenţă, sporirea şi scăderea cantitativă a colectivităţii de-a-lungul timpului. Biologia rasei cuprinde, ca şi biologia individului, o anatomie, o fiziologie, o patologie şi o *igienă a rasei,* care nu este altceva decât eugenia (2).

Produsul concepţiunii aduce cu sine caracterele fizice şi psihice moştenite dela ascendenţi prin intermediul celor doi părinţi, aşa încât este de necesitate imperioasă controlul şi selecţiunea prealabilă a elementelor care vor procrea. Putem deci defini eugenia şi în modul următor: *totalitatea metodelor cu ajutorul cărora selecţiunea elementelor procreatoare, puse în bune condiţiuni biologice şi sociale, face ca, prin căsătorie, să se obţină descendenţi cu biologia normală.*

Măsurile de eugenie se adresează în mod natural marilor colectivităţi omeneşti: naţiunile. In interiorul fiecărei naţiuni se pot deosebi trei grupe diferite din punctul de vedere al valorii lor ereditare: grupa redusă a elementelor superior înzestrate, grupa — cea mai importantă numeric — a valorilor mijlocii reprezentând aproximativ nouă zecimi din naţiune, în fine grupa elementelor cu biologia alterată prin ereditate, adică elemente disgenice. Astfel fiind, eugenia poate fi definită în modul următor: *ştiinţa care urmăreşte, prin măsuri practice, să menţină în cele mai bune condiţiuni de desvoltare elementele superior înzestrate, să exercite protecţia asupra massei mijlocii şi să elimine din organismul social elementele disgenice* (3).

Prin eliminarea progresivă a elementelor disgenice, colectivităţile umane au perspectiva de a-şi perfecţiona neîncetat biologia. Una din definiţiile eugeniei practice ar fi şi următoarea: *ştiinţa care aplică legile biologice pentru perfecţionarea speţei umane* (4).

Măsurile de eugenie sunt destinate să atenueze încurajarea perpetuării unui număr important de disgenici, încurajare care rezultă implicit din marea desvoltare ce au luat-o instituţiile de asistenţă. „Prin răsturnarea noţiunii de

„selecţiune eficientă, societatea umană îşi desfăşoară astăzi cele mai mari sfor-„ţări pentru a păstra tipurile inferioare. Niciodată bolile fizice şi sociale n'au „găsit mai mult ajutor sentimental şi material decât astăzi. Statele se întrec întru „a asigura viaţa şi reproducerea unui număr important de degeneraţi fizici şi „psihici" (4).

Acest pericol poate fi însă înlăturat în cea mai mare parte, din momentul în care eugenia — conform principiilor moderne — urmăreşte, alături de încurajarea elementelor superior dotate şi mijlocii, eliminarea elementelor disgenice. Intr'adevăr, alături de eugenia *pozitivă* (totalitatea măsurilor pentru promovarea elementelor superioare şi mijlocii), s'a desvoltat în ultimul timp eugenia *negativă*, care, prin măsuri adecuate (sterilizare, segregare), înlătură dela procreaţie anumite grupe de alienaţi, epilepticii, surdo-muţii şi orbii ereditari, criminalii recidivişti, anumite elemente asociale şi purtătorii de anomalii fizice grave ereditare.

B. Obiective

Obiectivele eugeniei rezultă în bună parte din însăşi definiţiile pe care le-am dat acestei ştiinţe. Sunt însă unele puncte care, prin importanţa lor, necesită o desvoltare mai amănunţită.

Eliminarea progresivă a disgenicilor şi încurajarea desvoltării valorilor biologice normale şi superioare este funcţie şi de fenomenul demografic numit *procreaţie diferenţiată*. Natalitatea diferă nu numai dela un popor la altul, ci — în interiorul unui acelaşi popor — după mediu (rural sau urban), clasă socială şi profesională, grupă biologică (diferenţa de natalitate între indivizii normali şi anumite categorii de degeneraţi), etc. Obiectivul eugeniei trebue să constea în *dirijarea procreaţiei diferenţiate*, aşa fel încât să se limiteze la minim sau chiar să se reducă la zero perpetuarea elementelor cu biologia deficitară, iar în schimb să se încurajeze cât mai mult reproducerea în păturile superior dotate şi în cele cu biologia normală.

Există, ca fenomen general demografic, o diferenţă între natalitatea în mediul rural şi cea din mediul urban. Natalitatea la populaţia rurală este întotdeauna mai mare. In măsura, însă, în care părţi importante din populaţia rurală emigrează spre oraşe, natalitatea — la aceste elemente ale populaţiei, desrădăcinate — scade. *Urbanizarea* este un fenomen cu importante consecinţe eugenice, căci denatalitatea populaţiei ce se află pe cale de urbanizare însemnează pierdere de valori biologice pentru naţiune; este netăgăduit că în populaţia rurală stă în general sursa de vitalitate a unei naţiuni (5).

La capitolul ştiinţei populaţiei este studiat în amănunţime fenomenul denatalităţii, arătându-se şi rolul etiologic al urbanizării şi industrializării. Este de adăogat că una din cauzele pentru care ruralul, urbanizat sau pe cale de urbanizare, îşi limitează numărul copiilor, este faptul că la oraş, unde domină

muncile calificate şi specializarea în muncă, copilul nu mai constitue ajutorul preţios ca la ţară; dimpotrivă, pregătirea lui profesională reprezintă o sarcină în plus pentru capul de familie (5).

Dela sfârşitul secolului al XIX-lea, şi cu mai multă intensitate în primele decenii ale secolului curent, s'a manifestat fenomenul procreaţiei diferenţiate după pături sociale şi clase profesionale sau economice, *natalitatea scăzând progresiv în păturile superioare.* Câteva statistici alcătuite între 1904 şi 1912 sunt interesante, căci au îngăduit sesizarea fenomenului la începuturile sale (5).

Numărul mediu de copii pe familie

OLANDA, ÎN 1904		FRANŢA, ÎN 1906		PRUSIA, ÎN 1912	
Pătura socială cea mai săracă	5,4	Muncitori în industria textilă	3,4	Muncitori cu ziua şi servitori	5,2
Pătura socială cea mai bogată	4,3	Muncitori în metalurgie	2,8	Muncitori de fabrică	4,1
Artişti	4,3	Bancheri	2,2	Calfe	2,9
Funcţionari superiori şi generali	4,0	Avocaţi	2.1	Funcţionari partic.	2,5
Savanţi	2,6	Medici şi farmacişti	1,9	Ofiţeri, funcţionari superiori şi liber profesionişti	2,0

In ultimii ani, *denatalitatea s'a generalizat* la toate păturile sociale. Procreaţia, şi în păturile situate în josul ierarhiei sociale şi economice, tinde să se reducă la nivelul constatat mai demult în păturile superioare. Faţă de această situaţie, o singură categorie îşi menţine o prolificitate relativ ridicată: *elementele disgenice.* Procreaţia diferenţiată apare deci astăzi sub o înfăţişare mult mai gravă decât la începutul secolului: dacă atunci se putea pune în antiteză denatalitatea din păturile superioare, cu relativa prolificitate a claselor inferioare, astăzi antiteza se manifestă între *întreaga* populaţie normală, de o parte, şi populaţia disgenică de cealaltă parte (5).

Unele statistici verifică această constatare, mai ales cele efectuate asupra copiilor de şcoală.

Statistica copiilor de şcoală din Stuttgart în 1930

CATEGORIA SOCIALĂ CĂREIA APARŢIN COPIII	*Numărul copiilor pe familie*
Clasa superioară (litraţi, mari industriaşi, etc.)	2,37
Clasa mijlocie (institutori, tehnicieni diverşi, funcţionari comerciali conducători, etc.)	2,03
Clasa semi-inferioară (funcţionarii comerciali în subordine, meseriaşii, maiştrii din întreprinderi, etc.)	2,26
Clasa inferioară (muncitori calificaţi, etc.)	2,36
Clasa cea mai inferioară (muncitori necalificaţi)	2,62
Familiile copiilor din clasele şcolare auxiliare (elemente disgenice)	4,70

Se constată deci că, pe când în toate clasele sociale natalitatea se menţine în anumite limite (între 2,03 şi 2,62 copii pe familie), numai în familiile copiilor cari frecventează clasele auxiliare numărul mediu de copii este de 4,7, aproape dublu faţă de cel al populaţiei normale. Aceste rezultate coincid cu cele obţinute, tot în 1930, prin ancheta asupra populaţiei şcolare din Berlin-Reinickendorf, care a arătat că în familiile copiilor din şcolile auxiliare numărul mediu de copii este de 3,8, faţă de 1,7—2,2 la toate clasele populaţiei normale (5).

Ancheta din Berlin a arătat următoarea situaţie biologică a părinţilor copiilor din şcolile auxiliare: 35% debilitate mintală, 11,3% epilepsie, psihopatii grave 24,5%, malformaţii fizice 11,5%.

Dirijarea procreaţiei diferenţiate, prin metodele eugeniei, trebue deci să urmărească un îndoit scop: a) să încurajeze reproducerea în clasele sociale superioare, pentru ca natalitatea acestora să se apropie de aceea a claselor inferioare; b) să suprime aspectul grav contimporan, rezultat din dominarea prolificităţii elementelor disgenice asupra prolificităţii populaţiei normale considerată în totalitatea ei.

Fenomenul procreaţiei diferenţiate şi-a găsit, de-alungul epocilor istorice, expresia cea mai defavorabilă din punctul de vedere eugenic, în faptul că o sumă de personalităţi geniale au fost fie celibatari fie căsătoriţi fără copii. Este interesant de menţionat că Pitagora, Solon, Platon, Herodot, Demostene, Virgiliu, Horaţiu, apoi Copernic, Galileu, Rafael, Michel Angelo, Leonardo da Vinci, Cervantes, Descartes, Spinoza, Newton, Kant, Beethoven, Schubert, Chopin, Nietzsche, au fost celibatari, iar Tucidide, Ovidiu, Cesar, Frederic cel Mare, Haydn, au fost căsătoriţi, fără a avea copii (5).

Unii cugetători au preconizat, ca scop suprem al eugeniei, obţinerea tipului de „supra-om", care ar urma să înlocuiască progresiv pe omul mijlociu, normal în accepţia curentă şi care reprezintă cea mai importantă parte a colectivităţii naţionale. Prin favorizarea căsătoriilor între elementele superior înzestrate, s'ar putea obţine generaţii apropiate de perfecţiune (6).

Eugeniştii contimporani au arătat însă că, practic, atingerea unui astfel de scop nu este posibilă şi nici nu este de dorit. Dacă s'ar obţine un grup mai numeros de „supra-oameni", aceştia ar exercita o adevărată tiranie asupra restului componenţilor colectivităţii, deci asupra majorităţii, considerată de ei ca inferioară.

Cea mai bună măsură eugenică este încurajarea perpetuării acelor elemente care posedă o biologie normală şi îşi aduc un randament bine definit în câmpul producţiunii naţionale. Pe de altă parte

se va căuta să se reducă la minim procreaţia în acele pături sociale care, dintr'o cauză sau alta, nu se adaptează vieţii colectivităţii şi cad în sarcina ei (7).

Noţiunile de „oameni superiori" şi „oameni inferiori" variază de altfel de la o epocă la alta. Dacă se admite că generaţiile umane vor merge în continuă perfecţionare biologică şi culturală, este neîndoelnic că cei care astăzi sunt consideraţi ca bine dotaţi, vor ocupa mâine o treaptă inferioară. Aceasta ar însemna să devenim din ce în ce mai exigenţi în ce priveşte însuşirile procreatorilor. De aceea, trebue să ne limităm la un obiectiv strict practic : încurajarea masei normale şi eliminarea dela reproducere a unei bune părţi din elementele numite dependente, în rândul cărora sunt numeroşi disgenici. Se pare că, în viitor, limitarea şi raţionalizarea *asistenţei* este menită să dea bune rezultate şi în câmpul eugeniei. Ajutoarele sub orice formă trebuesc suprimate acelor elemente dependente, care, deşi avertizate că procreaţiunea din partea lor este indezirabilă, continuă totuşi a se înmulţi în mod inconştient (8).

II. EVOLUŢIE ISTORICĂ

Dacă termenul „eugenie" a fost creat la o dată relativ recentă, iar metodele ştiinţifice în acest domeniu, precum şi aplicaţiile medico-sociale pe un plan larg, sunt o caracteristică a ultimelor două decenii, nu este mai puţin adevărat pe de altă parte că tendinţe şi manifestări cu caracter eugenic se notează în trecutul istoric foarte îndepărtat. Se pot urmări aceste manifestări şi tendinţe, uneori destul de interesante, din perioada antichităţii şi până în zilele noastre.

A. Perioada antichităţii

Se pare că chiar cele mai vechi triburi din *India* practicau anumite principii în scop eugenic. Intr'adevăr, la vechii Indieni, cartea lui Manu, unul din cele mai importante coduri ale acestei populaţii, interzicea căsătoria în anumite cazuri în care era de prevăzut că ea va acţiona ca un factor disgenic ; este oprită căsătoria ftizicilor, epilepticilor, bolnavilor de elefantiasis, etc. Unul din pasagiile acestei cărţi este caracteristic pentru grija ce se purta stării biologice a celor ce urmau să se căsătorească (2).

„Stăpânul se va căsători cu o femee din aceeaşi castă şi care să posedă „toate însuşirile perfecţiunii ; el va evita familiile în care nu există urmaşi „de sex masculin, precum şi familiile ai căror membri sunt bolnavi de tuberculoză, obezitate, lepră, umflături la picioare. Fata pe care o alege trebue

„să aibă o ținută plină de demnitate, dinții sănătoși, părul bogat, corpul fra-
„ged. *Bărbații din clasele superioare care se căsătoresc cu femei din clasele*
„*inferioare, fac ca familiile și urmașii să degenereze până la nivelul cel mai*
„*de jos*".

Vechii *Evrei* introduseseră de asemenea un număr de principii cu caracter eugenic, pe baza prescripțiilor Bibliei, iar în urmă pe baza celorlalte texte cu caracter religios.

Biblia interzice căsătoriile consangvine: „Bărbatul nu va lua de soție
„nici pe mama lui, nici pe soția tatălui său, nici pe sora sa, nici pe fiica mamei
„lui, nici pe fiica tatălui său, nici pe fiica fiului său, nici pe fiica fiicei sale,
„nici pe sora tatălui său, nici pe sora mamei lui, nici pe soția fratelui tatălui
„său, nici pe soția fiului său, nici pe soția fratelui său, nici pe mama soției
„sale sau pe fiica acesteia, nici pe fiica fratelui său". (Cartea Leviților, capitolul XVIII).

Textele ebraice mai interzic căsătoria cu epilepticii, leproșii, tuberculoșii și alcoolicii.

Ansamblul de norme și reglementări elaborate, sub titlul general de „Talmud", posterior Vechiului Testament, cuprinde de asemenea un număr de prescripțiuni cu caracter eugenic: este interzisă căsătoria atunci când există mari diferențe de vârstă între viitorii soți, precum și atunci când în familia unuia din ei se constată anumite tare (9).

Grecii antici au fost în multe privinți promotori ai principiilor de eugenie. Se menționează că în secolul al VI-lea a. Chr. poetul *Teognis din Megara* a formulat în mod plastic necesitatea selecțiunii biologice a procreatorilor:

„Avem grijă ca țapii, măgarii și armăsarii să fie de rasă aleasă, deoarece
„știm că din elemente bune se nasc tot elemente bune. Totuși, un bărbat să-
„nătos nu ezită să se căsătorească cu o fată bolnavă, dacă aceasta are avere.
„Banii vatămă rasa umană. Nu trebue să ne mirăm că rasa se vestejește, deoa-
„rece mereu elementele rele se amestecă cu cele bune" (9).

Hipocrate cunoștea importanța unui număr de factori disgenici și a preconizat, pentru anumite cazuri, mijloace anticoncepționale.

Filozofi și scriitori ai Greciei antice au fost foarte categorici în enunțarea principiilor de eugenie, pe care unii le preconizau încadrate în însăși politica de stat.

Xenofon (425—352 a. Chr.) dojenia pe Atenieni, pentrucă nu adoptă prin-
cipiile de selecțiune brutală (suprimarea copiilor debili și tarați, etc.) cari
erau în vigoare în Statul Spartan. El relevă că la Spartani „soțul bătrân, care
„are o soție tânără, nu o păstrează numai pentru sine, ci aduce în casă pe
„unul din tinerii cei mai viguroși și cei mai distinși din punct de vedere
„psihic, pentru ca acesta să-i procreeze copii" (9).

Cugetătorul care a adus cele mai importante contribuții în enunțarea principiilor eugenice, unele foarte îndrăznețe, a fost *Platon*

(429—347 a. Chr.). Autorii germani moderni admit că perioada lui Platon poate fi considerată ca prima etapă în evoluţia ideilor de igienă a rasei (2).

In cărţile „Republica" şi Legile", *Platon* arată că scopul suprem al Statului este de a forma cetăţeni desăvârşiţi. Trebuesc deci transpuse la om, experienţele care au fost încercate asupra câinilor de vânătoare, păsărilor, cailor, etc. Este de datoria Statului *să unească pe bărbaţii cei mai virili cu femeile cele mai desăvârşite, fără a ţine seama de sentimentele individuale reciproce.*

Platon cere ca, în anumite zile ale anului, Statul să organizeze împerecheri între indivizii cei mai bine dotaţi fizic şi psihic. Mai cere ca războinicii care s'au distins „luptând cu faţa la inamic" să aibă soţii în număr mai mare decât ceilalţi cetăţeni. *Femeile din clasele superioare ale societăţii trebuesc stimulate în vederea unei procreaţiuni mai intense,* pentru ca puritatea rasei să fie permanent păstrată prin intermediul elitelor biologice.

Important mai este următorul deziderat exprimat de *Platon:* bolnavii constituţionali, cu alte cuvinte taraţii, nu vor fi îngrijiţi. Descendenţii indivizilor degeneraţi urmează a fi exilaţi „într'un loc misterios şi necunoscut", iar bolnavii mintali incurabili urmează a fi suprimaţi. Alcoolicii vor fi opriţi de a procrea.

La *Romani* se poate vorbi mai puţin despre o politică eugenică. Preocupările conducătorilor erau îndreptate mai mult spre încurajarea sporului cantitativ al populaţiei, cu alte cuvinte spre o politică demofilă. Totuşi, prin încurajarea familiei numeroase, s'au obţinut şi rezultate eugenice, de oarece o bună parte din aceste familii reprezentau valori biologice integrale.

In special Impăratul Augustus a încurajat familia numeroasă; a obligat celibatarii să se căsătorească, iar pe cei căsătoriţi i-a obligat să procreeze. Legile „caducare" cuprind un complex de măsuri care avantajează şi consolidează familia romană. Moştenirea lăsată unui celibatar devenia caducă sau nulă, iar dacă revenia unei persoane căsătorite dar fără copii, era redusă la jumătate (9).

B. Evul mediu

In această perioadă din istoria omenirii, eugenia n'a putut înregistra vreun progres. Preocupări în acest domeniu nu s'au manifestat, iar o serie întreagă de factori politici şi sociali au contribuit chiar la o acţiune contra-selectoare. Nesfârşitele războaie au avut drept consecinţă pierderea celor mai bune elemente procreatoare; perpetuarea naţiunii se înfăptuia, în majoritatea cazurilor, de către elementele cu subvaloare biologică (elemente debile, cu tare, etc., adică partea din populaţie care rămânea acasă, fiind inaptă pentru a participa pe câmpul de luptă). In al doilea rând, tocmai elementele care

reprezentau în acea epocă singura elită intelectuală: clericii, erau celibatari şi restrânşi în cea mai mare parte la viaţa de izolare monahală.

C. Evul modern

Chiar dela începutul evului modern se manifestă unele tendinţe reacţionale faţă de stările de lucruri contraselectorii care au dăinuit de-a-lungul evului mediu. Autorul englez *Thomas Morus* (1480—1535), în lucrarea sa „Utopia", preconizează ca viitorii soţi să fie supuşi examenului medical (10). In Franţa, *Ambroise Paré* (1517—1590), în tratatul său de medicină, manifestă şi preocupări eugenice: „Le cul-„tyveur n'entre poinct à l'estourdy dans le champ de la nature huma-„yne, s'il veut procréer dignement une petite créature de Dieu" (9).

In această perioadă, de altfel, şi Biserica îşi schimbă atitudinea de indiferentism sau chiar ostilitate faţă de problemele eugeniei. La Conciliul din Trente (Italia), care a avut loc între 1545—1563, se preconizează norme de igienă pentru viaţa conjugală în scop de a „combate degenerarea urmaşilor"; totodată se împiedică uniunile consangvine (11).

La începutul secolului al XVII-lea găsim pe cugetătorul italian *Thomas Campanella* (1568—1639), care, în lucrarea sa „Civitas solis", preconizează un număr de principii de eugenie (9).

In decursul secolului al XVIII-lea, contribuţiuni care pot fi considerate ca fundamentale în problemele eugeniei, au fost aduse de autorul german *Johann Peter Frank* (1745—1821), în lucrarea sa „Sistemul unei poliţii medicinale complete". Deosebit de capitolele care tratează despre problemele generale de organizare a sănătăţii publice, lucrarea cuprinde capitole cu caracter de eugenie practică şi cu enunţări de principii rămase în parte valabile până astăzi. Este netăgăduit că *Johann Peter Frank* a fost un promotor şi în eugenie, cum a fost şi în medicina socială în general.

Anumite pasagii din capitolele „Căsătoria sănătoasă, fundament al statului" şi „Căsătoria sterilă", sunt caracteristice (12).

„La prima vedere s'ar părea un lucru foarte nedrept, să răpim prin lege, „dreptul natural al individului la procreaţie. Dar dacă ne gândim că *actul că-„sătoriei* este o chestiune, nu pentru plăcerea individului, *ci o chestiune de „cea mai gravă importanţă pentru stat*, apare justificat *să oprim dela consu-„marea acestui act pe acei indivizi care pot influenţa în rău soarta întregei „societăţi şi chiar a omenirii*. Din astfel de căsătorii nesănătoase rezultă adesea „copii care cad în sarcina societăţii sau adesea nici nu supravieţuiesc. Prin „aceste căsătorii se perpetuează bolile ereditare" (pasagiul „Krankheiten als Ehehindernisse").

Certificatul prenupţial este preconizat de *Johann Peter Frank* în pasagiul următor:

„Este o îndatorire foarte importantă a conducătorilor treburilor publice, „să nu lase să se căsătorească înainte de a fi supuşi unui examen minuţios, „pe acei dintre supuşii lor care sunt încărcaţi cu boli cu deosebire grave şi „desavantajoase pentru descendenţă. De sigur, bărbatul este acela care are o „influenţă mai mare asupra formării şi calităţilor produsului concepţiunii; to- „tuşi trebue să supunem şi pe femee la aceiaşi obligaţie de a fi examinată „înainte de căsătorie".

Drept contraindicaţii la căsătorie, acest autor menţionează: epilepsia, psihoza maniaco-depresivă, alte diferite psihoze, anomaliile fizice congenitale, sifilisul, lepra, tuberculoza, gonococia, cancerul. El mai arată că sunt disgenice căsătoriile contractate la vârste prea fragede, cele contractate la vârste prea înaintate, cele în care există prea mari diferenţe morale între soţi. Arată şi influenţa disgenică a celibatului clericilor.

In prima jumătate a secolului al XIX-lea, sunt de notat contribuţiile adus pe tărâmul eugeniei de un număr de autori francezi: *Pujol* în 1790, *Portal* în 1808, *Lereboullet* în 1834, *Piorry* în 1840, publică lucrări în legătură cu transmiterea ereditară a bolilor (9).

Se menţionează, şi o lucrare apărută în anul 1803, datorită lui *Robert Le Jeune*, şi intitulată: „Nouvel essai sur la mégalanthropogénésie, ou l'art de faire des enfants d'esprit qui deviennent de grands hommes, suivi des traits physiognomiques propres à les faire reconnaître, décrits par Aristote"

In anul 1850 apare o lucrare importantă, datorită lui *Lucas*: „Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle, dans les états de santé et de maladie"; este interesant că, deosebit de studiul eredităţii, această lucrare conţine încercări asupra problemei „ineităţii", adică facultatea prin care pot apare la urmaşi, caractere noi care nu existau în ascendenţă („ineitatea" ar fi identică fenomenelor studiate mai târziu de către Mendel).

In anul 1857 apare lucrarea lui *Morel*: „Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives".

Spre mijlocul secolului al XIX-lea apar un număr de lucrări care, desbătând problema raselor şi a aportului lor în cultura umanităţii, au adus prin aceasta unele contribuţii de bază şi în domeniul eugeniei. Sunt de menţionat: „Istoria culturii umane", datorită lui *Gustav Klemm* (1845); lucrările literare ale lui *Disraeli – Lord Beaconsfield* (1804—1881); lucrarea „Essai sur l'inégalité des races humaines", a lui *Arthur de Gobineau*, apărută în 1853.

Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste lucrări caută să pună în evidenţă superioritatea anumitor rase. După *Klemm*, rasa superioară ar fi cea albă. După *Disraeli*, rasele iudeo-arabă şi anglo-saxonă ar fi cele superioare. După *Gobineau*, rasa ariană.

Un moment important în evoluţia istorică a eugeniei este anul 1859, când apare lucrarea lui *Ch. Darwin* (1809—1882): „Formarea speţelor prin selecţiunea naturală sau menţinerea raselor favorizate în lupta pentru existenţă". In această lucrare este studiat procesul vital şi evolutiv al rasei, aşa cum se manifestă prin perpetuare, ereditate, variabilitate, lupta pentru existenţă şi selecţiune. Pe baza studiului acestor factori, autorul deduce originea speciilor noi şi ascensiunea progresivă a vieţii organice, dela formele cele mai inferioare până la formele superioare. Autorii germani consideră pe *Darwin* ca autorul care a pus bazele fiziologice ale igienei rasei (2).

Progresele în studiul eredităţii şi modalităţilor ei au avut repercutări esenţiale asupra formulării principiilor de eugenie. Din acest punct de vedere, lucrările călugărului morav *Johann Mendel* (1822—1884) sunt netăgăduit de un aport considerabil.

Experienţele acestui autor au fost făcute asupra a diferite rase de mazăre, în grădina mânăstirii Augustinilor din Brünn. *Mendel* a constatat că, încrucişând aceste rase, se pot stabili *anumite raporturi numerice*, la produsele încrucişărilor, în ce priveşte culoarea, forma şi alte caractere. Constanţa acestor raporturi numerice l-a dus la stabilirea anumitor *legi ale eredităţii*. In anul 1865 apare lucrarea lui *Mendel:* „Incercări asupra hibrizilor plantelor". trecută la început aproape neobservată în lumea ştiinţifică.

De abia la 16 ani după moartea lui, şi anume în anul 1900, doi botanişti germani: *Correns* şi *Tschermak*, precum şi un botanist olandez: *de Vries*, independent unul de altul, au reconfirmat legile eredităţii stabilite de *Mendel*. De atunci, termenul „mendelism" s'a introdus în literatura ştiinţifică, iar în 1902 a fost confirmată pentru prima oară la om valabilitatea acestor legi (13).

In 1869 apare lucrarea lui *Francis Galton* (1822—1911), intitulată: „Hereditary genius, ith's laws and consequences". In 1883 acest autor crează termenul „eugenie" şi publică în acelaşi an lucrarea: „Inquiries into the human faculty and its development". In 1889 apare lucrarea „Natural inheritance". In 1904, *Galton* prezintă la „Sociological society" un raport intitulat: „Eugenics, its definition, scope and aims". In acelaşi an a întemeiat la Universitatea din Londra un învăţământ de eugenie naţională. In 1905, într'un raport prezentat la „Sociological society", *Galton* preconizează ca normele şi tradiţiile care au stat până acum la baza căsătoriei să fie modificate în interesul propăşirii rasei. In 1908, tot datorită iniţiativei acestui promotor, s'a întemeiat la Londra „Eugenics education society", care şi-a propus ca obiective: studiul biologiei eredităţii, antropologia în

Scanned with OKEN Scanner

raporturile sale cu rasa şi cu căsătoria, politica şi religia privite ca elemente care pot favoriza obiectivele eugenice (14).

Galton, care a fost vărul lui *Darwin*, a stăruit asupra rolului fundamental al procesului selecţiunii, în desvoltarea şi progresul raselor şi popoarelor. Dirijarea şi influenţarea selecţiunii rămâne, după Galton, calea cea mai importantă pentru aplicarea practică a eugeniei (13).

D. Perioada contimporană

Contribuţiile aduse de promotorii eugeniei în a doua jumătate a secolului al XIX-lea au favorizat desvoltarea unei mişcări în favoarea perfecţionării rasei umane, *pe plan internaţional*. Numeroase congrese internaţionale de eugenie caracterizează primele decenii ale secolului al XX-lea.

In 1912 s'a reunit la Londra, în prezenţa a peste 700 delegaţi din diferite ţări, *primul congres internaţional de eugenie*.

In 1913 se constitue, la Paris, un *comitet permanent internaţional de eugenie*, în care erau reprezentate următoarele ţări: Germania, Belgia, Danemarca, Statele-Unite, Italia şi Norvegia.

Până la izbucnirea războiului mondial, în 1914, mai sunt de notat următoarele manifestări: discuţiile asupra eugeniei cu prilejul congresului internaţional de medicină ţinut la Londra, în 1913; rapoartele asupra ereditătii psihologice (profesorii *Mott* din Londra şi *Ladame* din Geneva) şi asupra educaţiei tinerilor delicvenţi (profesorul *Ferrari*), desvoltate la congresul internaţional de neurologie, psihiatrie şi psihologie, ţinut la Berna în 1914. Mai este de menţionat, pentru Statele-Unite (care şi-au menţinut neutralitatea până în 1917), expoziţia universală din San Francisco, din 1915, la care s'a amenajat o secţiune de demografie şi eugenie, din iniţiativa organizaţiei „Eugenics record office" din New-York (9).

Incepând din 1919, odată cu terminarea războiului mondial, manifestările internaţionale cu caracter eugenic, precum şi contribuţiile ştiinţifice din partea fiecărei ţări, se intensifică.

In 1919 se întruneşte la Londra, pentru a doua oară, comitetul internaţional de eugenie, iar în 1921 s'a ţinut la New-York al doilea congres internaţional de eugenie, care s'a desfăşurat în patru secţiuni: ereditatea umană şi comparată; eugenia şi familia umană; diferenţele rasiale între oameni; eugenia şi statul. In acelaşi an s'a întemeiat, în locul comitetului de eugenie, *comisia internaţională de eugenie*.

In 1923 s'a întemeiat *Asociaţia pan-americană de eugenie*.

In 1925 s'au pus bazele *Federaţiei organizaţiilor de eugenie*.

In 1932 s'a reunit la New-York a treilea congres internaţional de eugenie, la care au fost reprezentate 28 naţiuni.

In toamna anului 1939 urma să se ţină la Bucureşti un congres

internațional de eugenie al țărilor latine; izbucnirea războiului a făcut imposibilă ținerea acestui congres.

Dacă trecem la studiul contribuțiilor pe care le-au adus pe tărâmul eugeniei *diferitele țări*, este de relevat în primul rând aportul *Germaniei contimporane.*

In 1930, cu prilejul reuniunii asociațiilor de igienă socială din Berlin, profesorul *Grotjahn* a preconizat, ca o măsură practică de eugenie, generalizarea *carnetului de sănătate individual* (15).

In anul 1933 s'a întrodus sterilizarea preventivă a elementelor degenerate. In întreg răstimpul ultimului deceniu, o bogată operă legislativă a promovat în Germania aplicarea celor mai variate măsuri cu caracter eugenic, biologice, economice și sociale. Stadiul actual de desvoltare a eugeniei sau igienei rasei în această țară, este rezultatul contribuțiilor științifice aduse de un important număr de autori contimporani. Trebuesc menționați în special: *Erwin Bauer, Eugen Fischer, Alfred Grotjahn, Fritz Lenz, Alfred Ploetz, Ernst Rüdin, Karl Astel,* precum și un mare număr de alți autori care în momentul de față îmbogățesc domeniul achizițiilor în demografie, știința raselor și studiul constituției. După concepția autorilor germani contimporani, „sursele" igienei rasei sau eugeniei sunt în număr de patru: antropologia, teoria selecțiunii, biologia eredității și studiul constituției (13).

In anul 1935 a fost întemeiat Institutul pentru studiul biologiei eredității și al igienei rasei, la Frankfurt am Main, a cărui conducere a fost încredințată profesorului *von Verschuer* (16).

Cele mai importante publicațiuni științifice care tratează probleme de eugenie sau în legătură cu eugenia, sunt: „Archiv für Rassen-und Gesselschafts-biologie, einschliesslich Rassen-und Gesellschaftshygiene"; „Eugenik"; „Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik"; „Der öffentliche Gesundheitsdienst".

Reamintim că în ultimul timp studiul igienei rasei sau al eugeniei a fost întrodus în toate Facultățile de medicină, fiindu-i consacrate patru lecțiuni pe săptămână în prima jumătate a studiilor (studiile preclinice) și cinci lecțiuni pe săptămână în a doua jumătate a studiilor (pregătirea clinică) (13).

In *Statele-Unite* preocupările și realizările cu caracter eugenic sunt destul de importante și cu un trecut uneori destul de bogat. Primele sterilizări eugenice din lume au fost practicate asupra pensionarilor închisorilor americane. Asociațiunile cele mai importante care urmăresc obiective de eugenie, sunt: Asociația americană de genetică din Washington; secțiunea de genetică a Institutului Carnegie din

Washington; Eugenics Research Association, întemeiată în 1915 şi afiliată la „American association for the advancement of science"; „Eugenics record office", întemeiat încă în 1915 şi care publică revista lunară „Eugenical News"; „American Eugenics Society"; „Race Betterment Foundation", care dirijează studiile eugenice; „Galton Society"; „Eugenics Education Association"; „Minnesota Eugenics Society"; Secţiunea de eugenie a organizaţiei „Child Welfare Organisation" din Baltimore (17).

Cea mai importantă instituţie este „American Eugenics Society", cu sediul la New-Haven. Ea constitue un organism vast, cu numeroase subdiviziuni, corespunzând diferitelor ramuri şi modalităţi de acţiune eugenică. Obiectivele îi sunt astfel sintetizate: instituirea cercetărilor eugenice, realizarea educaţiei eugenice, a legislaţiei şi a administraţiei eugenice.

In interiorul asociaţiei „American Eugenics Society" funcţionează un important număr de comitete: al cooperării cu Biserica, al prevenirii criminalităţii, al finanţelor, al genealogiei biologice (Committee on biologic genealogy), al publicaţiilor, al istoriei şi monografiilor ştiinţelor eugenice, al emigraţiei selecţionate, al legislaţiei, al organizării, al cooperării medicale, al educaţiei populare, al anuarelor statistice, al cooperării cu asistentele sociale (18).

In *Anglia* s'au desvoltat mai de mult un număr de instituţii consacrate activităţii eugenice. Menţionăm: „Eugenics Society", întemeiată în 1908; „Galton Laboratory of National Eugenics"; „Terenurile de experienţă din Wimbledon", depinzând de Universitatea din Cambridge; „Secţiunea de eugenie dela „Rockefeller School of Hygiene" din Londra întemeiată în 1927; „The Cambridge University Eugenics Society" (14).

Eugenics Society şi-a fixat dela întemeiere, următoarele obiective: educaţia populaţiei în sens eugenic, desvoltându-i-se responsabilitatea paternităţii şi a maternităţii; eliminarea acelor factori care împiedecă înmulţirea tipurilor biologice superioare şi favorizează în schimb reproducerea elementelor inferioare; segregarea, ulterior întroducerea sterilizării voluntare sau obligatorii; examinarea rezultatelor cercetărilor şi legislaţiei eugenice în diferitele ţări; colaborare strânsă cu organele legiuitoare în toate problemele care privesc interesul rasei.

Galton Laboratory of National Eugenics, întemeiat de *Galton*, pe lângă Univesity College, din Londra, a funcţionat la început sub conducerea lui *Karl Pearson*, care a fost şi primul titular al catedrei de eugenie la Londra.

Din publicaţiile periodice engleze, consacrate eugeniei, menţionăm: „The Eugenics Review", editată de Eugenics Society; „The Journal of Genetics" editat de University Press din Cambridge; „Biometrika",

publicată de University College din Londra ; „Annals of Eugenics", publicaţie editată tot de University Press din Cambridge.

Numeroase probleme de eugenie au fost desbătute în ultimii ani în Anglia şi o parte din ele au căpătat aplicare practică. Cercurile ştiinţifice, ca şi organele conducătoare legislative şi executive, au fost preocupate de următoarele probleme: educaţia populaţiei în sens eugenic, organizarea studiului eredităţii, încurajarea familiilor numeroase, segregarea şi sterilizarea, educaţia sexuală raţională, examenul medical prenupţial, uşurări fiscale în favoarea familiilor cu biologie normală, reglementarea imigrărilor.

S'a propus, la un moment dat, şi *suprimarea* defectivilor, din prima copilărie. In modul acesta „s'ar preîntâmpina suferinţele fiinţelor degenerate, osândite să ducă o existenţă mizerabilă" (19).

Segregarea este o măsură care s'a bucurat de o deosebită atenţie în Anglia. In 1923 „Central Association for Mental Welfare" a publicat o circulară, prin care se arată că segregarea este superioară sterilizării, deoarece preîntâmpină şi delictele pe care degeneraţii menţinuţi în libertate (indiferent de faptul dacă au fost sau nu sterilizaţi) le pot oricând făptui.

De altfel, tradiţia segregării (izolarea totală a elementelor defective) este veche în Anglia. Incă în 1834, legea de asistenţă „English Poor Law" preciza că elementele indezirabile, în primul rând cerşetorii, trebuesc internaţi forţat în case de muncă (Work house), împreună cu întreaga familie a lor, iar în aceste case de muncă este întrodus regimul separaţiei între sexe.

In 1913, o altă lege : Mental Deficiency Act, promovează importante principii de eugenie. Intre altele, prevede penalităţi pentru orice persoană, inclusiv personalul de serviciu al instituţiilor psihiatrice, care ar întreţine raporturi sexuale cu un anormal mintal. Segregarea acestei categorii de defectivi este sever reglementată. Un consiliu superior de supraveghere (Board of Control) este însărcinat cu aplicarea tuturor măsurilor eugenice în legătură cu anormalii mintali

Sterilizarea eugenică a făcut obiectul a numeroase discuţii şi propuneri, în Anglia. Nu s'a întrodus până în prezent sterilizarea forţată, ca în Germania, dar s'a căutat pe cât posibil să se acţioneze prin persuasiunea celor interesaţi. In 1926 s'au preconizat următoarele metode: a) încercarea de a convinge pe interesat că este în folosul lui, ca şi al colectivităţii, ca să se supună sterilizării: b) a pune, defectivilor internaţi în închisori, alternativa: sau sunt eliberaţi cu condiţia de a se supune sterilizării, sau, dacă nu acceptă, sunt menţinuţi mai departe în închisoare; c) a se acorda o anumită primă bănească celor care acceptă sterilizarea (20).

O mişcare caracteristică engleză este *Birth-Control*, ansamblu de instituţii şi mijloace de propagandă care urmăresc, nu limitarea naşterilor (cum ar rezulta din traducerea fidelă a termenului englez), ci limitarea *concepţiunilor*, pe bază de motive economice şi eugenice.

Originea mişcării trebuie căutată în lucrarea lui Mathus asupra populaţiei, apărută în 1798. Pornind dela primejdiile pe care le-ar reprezenta supra-

populareа, diverşi autori, în decursul secolului al XIX-lea, au început a preconiza limitarea voluntară a numărului copiilor. In 1876, *Charles Bradlaugh* şi *Annie Besant* au răspândit o broşură americană care conţinea toate detaliile asupra practicilor anticoncepţionale. Deşi acest fapt a avut drept consecinţă un răsunător proces, mişcarea de „Birth Control" s'a răspândit tot mai mult. Cu timpul, următoarele organisme au fost create: Malthusian League; Society for constructive Birth Control and Racial Progress; Society for the Provision of Birth Control Clinics; Institue of Birth Control; Birth Control Education League.

Malthusian League şi-a propus următoarele obiective: a răspândi în populaţie, prin toate mijloacele posibile, cunoaşterea practicilor controlului concepţiilor şi cunoaşterea avantajelor acestor practici pentru bună starea omenirii; a acţiona pe lângă membrii corpului medical şi pe lângă autorităţile sanitare publice, pentru ca ele să predea şi să difuzeze metodele igienice anticoncepţionale, tuturor persoanelor căsătorite care doresc să-şi limiteze numeric familia, fie din cauze economice, fie *din cauze medicale.*

Prin aplicarea metodelor anticoncepţionale la indivizii purtători de tare, este evident că mişcarea „Birth Control" a putut avea, într'un număr de cazuri, rezultate favorabile eugenice.

In *Franţa* s'au manifestat, în ultimele decenii, serioase preocupări de eugenie. Au fost luate în consideraţie educaţia populaţiei, studiul eredităţii, protejarea familiilor numeroase, reglementarea imigrărilor, etc. S'a constituit „Société française d'eugénique".

In Iulie 1939 a fost promulgat decretul-lege relativ la familia şi la natalitatea franceză, care, prin complexul de măsuri ce le prevede pentru protecţia familiei numeroase, reprimarea severă a avorturilor şi ocrotirea rasei, constitue un important aport pe tărâmul eugeniei practice.

Măsuri importante cu caracter eugenic au fost luate în *Ţările Scandinave.* In Suedia a fost promulgată în 1922 legea sterilizării voluntare, iar în 1934 legea sterilizării obligatorii a unor categorii de bolnavi mintali. In 1934 sterilizarea a fost întrodusă legal în Norvegia. In 1935, în Danemarca, şi în acelaşi an sterilizarea a fost întrodusă legal şi în Finlanda.

In *România,* este de notat că s'au manifestat unele preocupări de eugenie, din epoci relativ îndepărtate.

La începutul secolului al XVIII-lea, într'un tratat politic pe care Domnitorul Moldovei Dimitrie Cantemir l-a încheiat cu Ruşii, se precizează, între altele, că este interzisă căsătoria între aceştia şi populaţia autohtonă; istoricii menţionează că această clauză denotă dorinţa de a păstra nealterat fondul constituţional al Românilor.

In a doua jumătate a secolului al XVIII-lea este instaurată o anumită politică de stat, în Muntenia, cu scopul de a limita imigrările şi de a evita încrucişările între elementele imigrate, în parte disgenice („cei mai mulţi goniţi din patria lor pentru multe feluri de răutăţi şi blestemăţii") şi asociale.

In general, grija pentru evitarea încrucişărilor cu elemente disgenice imigrate din alte ţări, era destul de manifestă, aşa încât unii istorici (*Laurian* şi *Bălcescu*) stărue asupra măsurilor luate în trecut, destinate să împiedece ca naţiunea română „să se recrute din gunoaiele ce Puterile vecine aruncă în Principatele Române" (21).

Textele istorice menţionează şi unele preocupări de selecţiune prenupţială, aşa încât s'au pronunţat uneori divorţuri pentru boli grave ale unuia din soţi (3).

In textele legislative ale secolului al XVII-lea numite „Pravile" (elaborate sub Matei Basarab şi Vasile Lupu), se cuprind statuări pentru pronunţarea divorţului în cazul când unul din soţi este profund tarat (se utiliza termenul „mişei" pentru infirmii fizici gravi, şi termenul „nemernici" pentru elementele asociale, în special cerşetorii şi vagabonzii). In legislaţia din secolul al XVIII-lea (codicele Calimach, etc.) figurează ca motive de divorţ, stările de alienaţie mintală, alcoolismul, epilepsia, tuberculoza contractată înainte de căsătorie (22).

Preocupări pentru segregarea unei părţi din elementele disgenice s'au manifestat în Principatele Române încă din secolul al XIII-lea, intensificându-se ulterior.

Un ospiciu de mizeri („mizeri" în înţelesul de defectivi) funcţiona, la începutul secolului al XVI-lea, în faţa porţilor Bisericii Domneşti din Argeş

In secolul al XVIII-lea, prin vaste instituţiuni de asistenţă („cutia milelor", etc.) se urmăria în parte şi izolarea disgenicilor.

Mai este de menţionat, în fine, că în secolul al XVII-lea reprimarea avortului criminal era extrem de severă (pedeapsa capitală, prevăzută în Pravilele lui Matei Basarab: „cea care va face meşteşug de va omorî copilul în pântecele ei, ca un ucigaş să se canonească") şi prin aceasta s'au realizat netăgăduit obiective eugenice.

Dacă trecem la perioada contimporană, sunt de notat unele realizări în domeniul legislativ, precum şi o mişcare de idei iniţiată din cercuri ştiinţifice şi care a menţinut actuală problema eugeniei.

Anumite prevederi din codul penal elaborat în 1936 statuează principiul avortului eugenic.

Art. 384. — Nu se consideră avort întreruperea cursului normal al sarcinii, făcută de un medic, când unul din părinţi este atins de alienaţie mintală şi este certitudinea că copilul va purta grave tare mintale.

Mişcarea de idei pe tărâmul eugeniei s'a afirmat în primii ani după războiul mondial trecut şi a continuat perseverent, creând curentul de opinie favorabil pentru înfăptuirile viitoare.

Şcoala medico-socială din Cluj, sub conducerea profesorului *I. Moldovan*, a desbătut probleme în legătură cu eugenia naţiunii române, preconizând nor-

mele pentru o biologie şi o igienă a naţiunii. Traducerea în practică a acestor norme ar urma să decurgă într'un cadru larg care să facă parte integrantă din însăşi acţiunea de guvernare: biopolitica. In 1942 a fost creată, la Facultatea de medicină din Sibiu, catedra de biopolitică.

Noi am prezentat publicului medical, şi opiniei publice româneşti în general, într'un număr de lucrări, problemele mai importante de eugenie ale momentului de faţă, iar în lucrări de sinteză asupra sănătăţii poporului român am insistat asupra necesităţii de a se desfăşura un maxim de sforţări medico-sociale asupra elementului valid al naţiunii.

In anul 1938, având conducerea Ministerului Sănătăţii Publice, am convocat o comisiune specială pentru studiul şi aplicarea problemelor de eugenie, prin mijloace adaptate posibilităţilor din ţara noastră.

In anul 1935 s'a constituit „Societatea română pentru studiul eugeniei şi eredităţii", care îşi propusese ca scop: a formula şi răspândi principiile şi mijloacele capabile să selecţioneze şi să amelioreze elementele cele mai robuste şi mai bine înzestrate ale neamului românesc, asigurând totodată sporirea numărului acestor elemente, a pregăti şi determina legiferarea necesară pentru atingerea acestui scop.

Definiţia eugeniei, obiectivele pe care le urmăreşte şi însăşi evoluţia istorică a acestei discipline ştiinţifice, denotă că la baza măsurilor raţionale pentru perfecţionarea biologică a generaţiilor trebue să stea studiul eredităţii şi al raselor.

Capitolele care se ocupă de ereditate, de procesele biologice de formare şi diferenţiere a raselor, precum şi de fiziopatotogia rasei, fac astăzi parte integrantă din studiul eugeniei.

III. CONSIDERAŢIUNI ASUPRA EREDITĂŢII

Prin *ereditate*, în accepţia biologică generală, înţelegem faptul că urmaşii unui părinte sau, în cazul perpetuării sexuate, urmaşii unei perechi de părinţi, se aseamănă procreatorului sau procreatorilor (23).

Noţiunea de „ereditate" constă, în primul rând, în conservarea şi transmiterea caracterelor individuale. Fie că este vorba de om, fie de celelalte fiinţe din regnul animal sau vegetal, majoritatea caracterelor diferenţiale între indivizi se transmit prin actul generaţiunii. Această transmitere este esenţa procesului biologic al eredităţii (24).

In ce priveşte ereditatea patologică, este de remarcat că *nu orice proces patologic* care se transmite dela o generaţie la alta, intră în cadrul transmiterii ereditare propriu zise. Infecţiunile care se transmit asupra descendenţilor, de exemplu sifilisul, în mod eronat sunt încă considerate de unii ca având caracter ereditar („ereco-sifilisul"). In aceste cazuri este vorba numai de o *contaminare a germenului.*

„Domeniul eredităţii se limitează strict la acele proprietăţi ale in-„dividului care decurg din însăşi constituţia oului din care derivă el".

Acest ansamblu de caractere derivând din însăşi constituţia oului constitue *genotipul* (24).

Urmaşii pot rezulta prin trei modalităţi. Uneori, prin separarea unei singure celule, care apoi se desvoltă autonom. Alteori, prin separarea de grupe de celule şi de organe, care de asemenea evoluează autonom. Intr'o a treia modalitate, descendentul rezultă prin desfacerea, dintr'un individ sau din doi indivizi, a două celule, care apoi se reunesc în una singură din care rezultă un nou individ. Această ultimă modalitate este *perpetuarea sexuată,* spre deosebire de primele două cazuri, care reprezintă perpetuarea *nesexuată* sau *vegetativă* (23).

A. Evoluţia ideilor

Concepţiile anticilor asupra eredităţii erau nebuloase şi pătrunse de spirit transcedental. De abia în secolul al XVIII-lea problema eredităţii începe a fi discutată într'un cadru ştiinţific.

Naturalistul suedez *Linné* (1707—1778) a formulat teoria fixităţii speciilor animale şi vegetale. Numărul acestor specii ar fi rămas invariabil dela începutul creaţiunii („tot sunt species quot diverses formas ab initio creavit infinitum Ens"). In opoziţie cu această concepţie, *J. P. Lamarck* (1744—1829), în lucrarea sa „Philosophie zoologique" (1809), emite teoria evoluţionistă sau transformistă. Modificările suferite de unele organe, în sensul desvoltării sau al regresiunii, după cum au fost mai mult sau mai puţin utilizate funcţional în timpul vieţii, s'ar transmite asupra urmaşilor, creându-se specii noui. Ar fi vorba deci de o transmisiune a caracterelor dobândite (25), pe care *Lamarck* o admitea ca o axiomă. Transformismul a fost expus pe baza unor concepţii mai ştiinţifice de către *Charles Darwin* (1809—1882), în lucrarea sa „Origina speciilor" (1858). Principiul de bază al acestei lucrări este: diversele specii evoluiază transformându-se una în alta, în evoluţia şi conservarea speciei rolul principal jucându-l selecţiunea.

Fie că se admite, cu *Lamarck,* că un anumit număr de caractere dobândite în timpul vieţii se transmit în urmă descendenţilor, dând naştere astfel la varietăţi şi specii noi, fie că admitem cu *Darwin* că în virtutea procesului brutal al selecţiei naturale, indivizii mai bine dotaţi învinq pe ceilalţi şi se perpetuiază, creând specii noui, trebue să reţinem un fapt: transformismul, impunându-se, a arătat importanţa mereu crescândă a studiilor asupra eredităţii.

Darwin a emis şi o „ipoteză provizorie pangenetică" asupra eredităţii. Din diferite regiuni ale organismului s'ar forma anumite parti-

cule, gemule, care apoi sunt transportate spre glandele genitale. Aici gemulele constitue massa ereditară. Partea greşită a teoriei lui *Darwin* a fost susţinerea că substanţa ereditară ar lua naştere din celulele somatice.

După ce *Carl von Naegeli* (1817—1891) a susţinut cel dintâi că massa ereditară este o substanţă bine diferenţiată (idioplasma) faţă de substanţa care serveşte nutriţiei celulelor organismului (trofoplasma), precizări ştiinţifice preţioase au fost aduse de *August Weissmann* (1834—1914), care a stabilit în 1883 baza morfologică a eredităţii. Idioplasma, substanţa ereditară organică, este furnizată de nucleul celulei. Protoplasma produce trofoplasma. Bastonaşele din care este alcătuit filamentul nuclear, cromozomii, sunt depozitarele reale ale substanţei ereditare sau idioplasmă.

Toate celulele organismului conţin cromozomi. Dar numai cromozomii celulelor sexuale conţin idioplasma, capabilă de a transmite descendenţilor caracterele procreatorilor. Aceasta este *plasma germinativă.*

Cercetări mai noi au permis constatarea că cromozomii sunt alcătuiţi, la rândul lor, din cromomeri; în aceştia din urmă s'ar localiza diferitele caractere ereditare sau „gene" (26).

Esenţialul doctrinei lui *Weissmann* este constituit din teoria sa asupra *transmiterii neîntrerupte, din generaţie în generaţie, a substratului morfologic al eredităţii: teoria continuităţii plasmei germinative.*

Plasma germinativă păstrează deci substanţa ereditară primită dela ascendenţi şi asigură continuitatea biologică a rasei şi a colectivităţii naţionale. Plasma germinativă se transmite în oul fecundat sau zigot, provenit din unirea spermatozoidului cu ovulul.

Pe baza principiului independenţei massei ereditare faţă de massa somatică a emis *Francis Galton* normele fundamentale ale eugeniei perfectate în urmă de *W. Schallmayer* (1857—1919), autorul importantei lucrări, apărută în 1903: „Ereditatea şi selecţiunea considerate în importanţa lor sociologică şi politică".

Plasma germinativă, substrat permanent, inalterabil, care imprimă rasei şi speciei caracterele ereditare, este un element preformat, constituind aşa zisul factor intern, sub influenţa căruia are loc evoluţia individului. Dar în cursul evoluţiei fiinţei intervin şi factorii externi, ai mediului înconjurător, care îşi adaogă acţiunea la aceea a substratului ereditar. Sub înrîurirea acestor factori externi, individul va suferi o întreagă serie de modificări, numite *variaţiuni.* Variaţiunile ar reprezenta factorul determinant al formării caracterului, a per-

Scanned with OKEN Scanner

sonalităţii individului. Ele ar constitui un ansamblu de caractere dobândite, care nu se transmit descendenţilor, ci dispar în acelaş timp cu individul care le posedă. Ceea ce este însă mai important, este faptul că însăşi plasma germinativă sau idioplasma nu este imuabilă. Idioplasma se modifică în anumite împrejurări, dând naştere astfel la *mutaţii*, care stau la baza formării tipurilor noi biologice.

In Februarie 1865, călugărul *Johann Mendel* face la Societatea naturaliştilor din Brünn comunicarea „Cercetări asupra diverşilor hibrizi vegetali", în care sunt cuprinse rezultatele celebrelor sale experienţe făcute încrucişând mazăre verde cu mazăre galbenă; în prima generaţie a obţinut numai măzare galbenă; în generaţia a doua a reapărut culoarea verde într'o anumită proporţie numerică. Pe baza acestor experienţe o nouă ştiinţă ia naştere: mendelismul.

Treizeci şi cinci de ani după experienţele fundamentale ale lui Mendel, *De Vries*, profesor de botanică la Amsterdam, *Tschermack*, profesor la Facultatea din Viena şi *Correns*, profesor de botanică la Berlin, au confirmat rezultatele obţinute de acest promotor.

Mendelismul este ştiinţa care se ocupă cu studiul fiinţelor ce rezultă din combinarea a două plasme germinative diferite, combinare urmată de naşterea unei idioplasme noi. Mendelismul mai poate fi definit astfel: ştiinţa care studiază încrucişările dintre rasele şi varietăţile aceleiaşi specii.

La baza mendelismului stau trei legi fundamentale (27):

Legea uniformităţii. La încrucişarea de rase pure, indivizii din prima generaţie de descendenţi se aseamănă între ei.

Legea dedublării. Printre indivizii generaţiei a doua, caracterele celor doi bunici reapar într'o proporţie numerică precisă. Regularitatea apariţiei caracterelor, pe baza corelaţiilor numerice constante, este una din caracteristicile fundamentale ale eredităţii mendeliene.

Legea independenţii. Caracterele cari se transmit în virtutea mendelismului sunt independente şi influenţa lor reciprocă este nulă.

Mendelismul şi teoria plasmei germinative reprezintă etape avansate în evoluţia concepţiilor asupra eredităţii. Pentru studiul practic al eredităţii *la om*, ele au o mare importanţă.

Un exemplu care ilustrează practic legile mendeliene este acela al încrucişării raselor plantei „mirabilis jalapa". Această plantă are o rasă cu flori roşii şi alta cu flori albe. Prima rasă rezultă din unirea a două celule sexuale, din cari fiecare este purtătoarea caracterului „floare roşie", Insemnând fiecare din aceste celule cu litera R. putem desemna rasa cu flori roşii cu simbolul RR. Procedând la fel pentru rasa cu flori albe — rezultată din două celule sexuale purtând fiecare caracterul „floare albă" pe care-l însemnăm cu r — ea va avea simbolul rr. Incrucişarea între planta cu flori roşii şi cea cu flori albe, adică

Scanned with OKEN Scanner

între RR şi rr, dă produşi care conţin fiecare un caracter R şi un caracter r, au deci formula Rr. Acest produs al încrucişării conţine deci două caractere care nu sunt identice, este un *heterozigot* sau un *bastard*, prin aceasta înţelegându-se orice fiinţă care provine din unirea a două celule sexuale neidentice. Din încrucişarea plantei cu flori roşii şi a celei cu flori albe, rezultă produşii intermediari Rr, care au florile roz. Toate plantele din această primă generaţie au formula Rr, toate au florile roz, şi astfel se confirmă legea uniformităţii, a lui Mendel.

Intr'o a doua etapă, se încrucişează aceşti produşi heterozigoţi (Rr), adică plantele cu flori roz, constatându-se următorul fapt: produşii rezultaţi nu mai au toţi culoarea florilor roz, ci un sfert au florile roşii, două sferturi au florile roz şi un sfert au florile albe. Ne explicăm această repartiţie a caracterelor la noua generaţie, ţinând seama de formula Rr, ce caracterizează celula sexuală a florii roz. Din combinaţia între cei doi Rr, conform legilor matematice ale combinaţiilor, nu pot rezulta decât patru modalităţi: RR (roşu), Rr (roz), rR (roz) şi rr (alb). La această a doua generaţie, *reapar deci caracterele primei generaţii* (roşu şi alb) *într'o anumită proporţie*, cu alte cuvinte caracterele conţinute în generaţia părinţilor care a fost heterozigotă sau bastardă, *s'au dedublat* la urmaşi. Astfel este confirmată legea dedublării, a lui Mendel.

Se mai observă că din încrucişarea celor două produse heterozigote (Rr), rezultă totuşi, în 50% din cazuri, produse cu celule sexuale identice (RR în 25% din cazuri şi rr în 25%), cu alte cuvinte din încrucişarea heterozigoţilor poate din nou rezulta o rasă pură sau *homozigotă* (25).

B. Ereditatea la om

Este adevărat că studiul ştiinţific al eredităţii la om, este incomparabil mai dificil decât în seriile animale şi vegetale. Unii autori menţionează „condiţiile deplorabile" la om, când e vorba de a se studia ereditatea într'un mod strict ştiinţific (24).

Intr'adevăr, fecunditatea omului, chiar în familiile cele mai prolifice şi la popoarele unde natalitatea a rămas încă mare, este foarte redusă în raport cu fecunditatea la plante şi animale. Legea marilor numere, lege fundamentală în studiul ereditătii, nu poate deci fi aplicată.

Mai intervine faptul că descendenţa omului nu poate fi urmărită dealungul unui număr mai important de generaţii, de către însuşi cercetătorul. Deoarece reproducerea la om comportă cel mult trei generaţii într'un secol, rezultă că cercetătorul, chiar dacă are şansa unei longevităţi excepţionale, nu poate urmări decât maximum două generaţii. Bine înţeles, el poate recurge la amănuntele furnizate de arborii genealogici; dar este de remarcat că, chiar în ţările unde există, printr'o tradiţie mai veche, o evidenţă pe un număr mai important de generaţii îndărăt, o parte din date trebuesc primite cu multă rezervă, mai ales că este vorba de amănunte de ordin patologic, sau de caractere care n'au fost notate precis.

In fine, nu este de neglijat nici faptul că, în societatea modernă mai ales, filiaţiunea *efectivă* a unui număr de copii în raport cu părintele lor poate fi pusă la îndoială; într'un număr de familii, bine consolidate în ce priveşte viaţa conjugală, sunt totuşi cazuri în care tăinuirea ascendenţei veritabile este impusă din motive bine definite.

Scanned with OKEN Scanner

Trebue deosebită o ereditate normală şi una patologică. In ambele cazuri, câteva noţiuni fundamentale trebuesc reţinute.

Un caracter sau o anomalie sunt considerate ca *dominante* atunci când ele se transmit în mod continuu, în decurs de generaţii succesive, şi atunci când în toate familiile, în cari unul dintre părinţi moşteneşte caracterul sau anomalia unuia din bunici, *jumătate* din numărul copiilor prezintă aceiaş anomalie sau acelaş caracter. Un caracter sau o anomalie vor fi considerate ca *recesive,* atunci când ele nu apar constant la fiecare generaţie. Caracterul sau tara sunt purtate în mod latent de către părinţi şi apar manifest deabia la urmaşi. Cu alte cuvinte, aceştia din urmă moştenesc caracterul sau tara dela generaţia bunicilor, prin intermediul părinţilor care au făcut oficiul de transmiţători.

Unele caractere prezintă, în transmiterea lor ereditară, corelaţii constante cu sexul, fără ca ele să apară — în mod necesar — în succesiunea generaţiilor, la persoanele de acelaş sex, contrar celor ce se observă în transmiterea caracterelor sexuale secundare. Acestea sunt *anomaliile şi bolile dominante condiţionate de sex.* Dacă tatăl, de exemplu, este purtătorul unei anomalii, fiicele sale vor prezenta numai ele aceiaşi anomalie; băieţii sunt toţi normali; dar dacă mama este purtătoarea anomaliei, jumătate din băieţi şi jumătate din fete vor prezenta aceeaş afecţiune. In general, femeile sunt de două ori mai frecvent atinse de o anomalie decât bărbaţii.

Există caractere *condiţionate în mod recesiv de sex.* Dacă ambii părinţi sunt sănătoşi, jumătate din băieţi sunt purtători ai anomaliei; dacă numai tatăl este purtător al anomaliei, toţi băieţii sunt normali şi fetele *conductoare* transmit anomalia descendenţilor de sex masculin. In modul acesta, anomalia se manifestă în decurs de generaţii succesive, mult mai frecvent la băieţi.

Dacă vom considera un individ într'un anumit moment al evoluţiei sale, el apare ca o rezultantă a două mari grupe de forţe componente: pe de o parte componentele ereditare, al căror ansamblu constitue *genotipul;* pe de altă parte, totalitatea caracterelor neereditare, dobândite prin influenţe ale mediului şi care constitue *paratipul.* Individul complect format reprezintă *fenotipul.* Fenotipul este deci compus din: genotip + paratip.

Intreaga structură care caracterizează pe individ rezidă în *genotip,* acesta depinzând la rândul său de structura primară a oului sau *zigot.* Insuşirile conţinute în zigot se transmit prin procesul *idioforiei,* aşa încât jumătate din totalitatea factorilor ereditari ai fiecărui individ se găsesc transmişi ca atare la fiecare urmaş.

Scanned with OKEN Scanner

Prin contrast, însuşirile care au putut fi dobândite prin acţiunea mediului ambiant se transmit numai în anumite împrejurări: aceasta este transmisiunea aparentă sau *paraforie*. Pentru biologia rasei, numai însuşirile transmise prin idioforie sunt cele cari contează.

Putem deci enunţa: fenotipul se compune din însuşiri ereditare sau idiotipice şi însuşiri aparente sau paratipice. Primele se formează prin modificări în ou sau idiokinetice, iar însuşirile paratipice se formează în urma influenţii mediului sau parakinetică. In ceeace priveşte transmiterea însuşirilor la generaţiile următoare, cele idiotipice se transmit prin idioforie, pe când cele paratipice se transmit numai aparent, nu acţionează asupra plasmei germinative şi dispar după câtva timp.

1. *Ereditatea normală*

Următorul tablou grupează un număr de caractere normale, dominante şi recesive, care se transmit la om (27).

CARACTERE	DOMINANTE	RECESIVE
Părul	Negru (din cauza pigmentului), buclat (secţiunea transversală ovală)	Blond şi roşcat. Neted (secţiunea transversală circulară)
Pielea	Neagră. Pigmentaţie normală	Albă. Albinism sau caracter blond
Ochii (culoarea)	Partea anterioară a irisului pigmentată (ochi negri, bruni, etc.)	Partea posterioară numai, a irisului, pigmentată (ochi albaştri, etc.)
Aspect (fizionomie)	Tip simpatic. Tip habsburgic (buza inferioară groasă şi bărbia proeminentă)	Tip semit.
Temperament	Nervos	Flegmatic
Intelectualitate şi aptitudini, talente	Medii Medii	Foarte desvoltate (capacitate intelectuală, aplicaţie în pictură, muzică, etc). Foarte reduse

O întreagă serie de caractere anatomice se pot transmite prin ereditate. Astfel, aspectul general al individului, trăsăturile feţei, particularităţi bine cunoscute ale fizionomiei (nasul Burbonilor, etc.).

Ar exista deasemeni o ereditate funcţională: familii de războinici, de dansatori, etc. O ereditate intelectuală: familii de matematicieni, de naturalişti, de muzicieni, de pictori, etc. Deci nu numai intelectualitatea superioară s'ar transmite, în ansamblul ei, dar şi forma specială a acestei intelectualităţi cu care a fost înzestrat ascendentul.

Scanned with OKEN Scanner

In fine, există cazuri neîndoioase de ereditate morală şi afectivă.

Sistematizări şi cercetări recente indică un mare număr de caractere transmisibile prin ereditate, care se pot grupa precum urmează (28):

Caractere în legătură cu coloraţia: culoarea pielii, a părului, a ochilor. Caractere ale feţii palmare a mâinilor: întipăriturile digitale, liniile şi curbele palmare. Caractere în legătură cu forma părului şi abundenţa sistemului pilos. Caractere în legătură cu scheletul: ale craniului, ale oaselor figurii, ale dinţilor, ale coloanei vertebrale. În legătură cu figura şi componentele ei: nasul, buzele, ochii, urechea externă. In fine, în legătură cu statura şi forma corpului.

2. *Ereditatea patologică*

Numărul anomaliilor şi afecţiunilor la om, transmisibile ereditar, este foarte mare.

O listă sumară a câtorva afecţiuni şi anomalii caracteristice ar fi următoarea :

Cu transmiterea *dominantă :* părul în măciucă, mai gros la un capăt ; keratoza ; hipotricoza, formă specială a calviţiei ; psoriasis ; cataracta ereditară; glaucomul; hemeralopia; nanismul; malformaţiile degetelor (brachidactilie, sindactilie, polidactilie); bolile grave de nutriţie, de exemplu: diabetul (şi cel insipid şi cel zaharat) ; coreea Huntington.

In baza legilor de transmitere a ereditaţii, când purtătorul unui anumit caracter dominant patologic, purtător care este un heterozigot (rezultat al unirii între celula sexuală sănătoasă şi cea bolnavă), procrează, atunci produce tot atâtea celule sexuale care conţin caracterul patologic cât şi celule sexuale care conţin caracterul normal. Rezultatul este că 50% din copii vor moşteni factorul boală, iar restul de 50% vor fi normali. Procreatorul care poartă caracterul patologic, conţine în celula sa sexuală atât factorul producător de boală (B) cât şi factorul sănătos (b); formula lui ereditară este deci Bb. Presupunem că el se căsătoreşte cu o persoană total sănătoasă, purtătoare numai de factori ereditari normali, deci având formula bb. Urmaşii rezultaţi din această căsătorie vor avea, tot în baza legilor matematice ale combinaţiilor posibile între factorii ereditari, 50% formula Bb (deci vor fi bolnavi), iar 50% formula bb (deci sănătoşi).

Dintre anomaliile şi bolile cu transmisiune *recesivă*, citäm: surdimutitatea ; otoscleroza ; nanismul generalizat ; luxaţia congenitală coxo-femurală; epilepsia; debilitatea mintală congenitală (imbecilitate, idioţie); alcoolismul grav; isteria; scleroza multiplă; boala lui Ménière. Dintre bolile cu ereditate *recesivă condiţionată de sex*, citäm: hemofilia, atrofia optică ereditară, daltonismul.

Extinderea cercetărilor asupra ereditäţii, realizată în ultimul

timp, a îngăduit să se poată stabili o enumărare destul de amănunţită a afecţiunilor şi anomaliilor transmisibile ereditar (29):

Afecţiuni oculare ereditare: albinismul, microftalmie, anoftalmie, aniridie, cataractă ereditară, anomalii de refracţie, strabism, o parte din cazurile de glaucom, nevrită optică ereditară, hemeralopia.

Afecţiuni auriculare ereditare: surdimutitatea, otoscleroza.

Afecţiuni cutanate ereditare: se pot menţiona nevi, teleangiectazii, neurofibromatoza, pemfigus ereditar, keratoza ereditară.

Anomalii morfologice: polidactilie, sindactilie, brachidactilie, picior strâmb congenital, luxaţia congenitală, artrita deformantă, osteopsatiroză, hipospadias, criptorchidie, buza de epure, microcefalie, spina bifida, condrodistrofie, nanism.

Diateze ereditare: limfatism, rachitism, diateză spasmofilă, hipertireoză, cretinism, diateze hemoragice, diabetul zaharat şi cel insipid. diateza urică, idiosincrazii diverse.

Ar exista şi o anumită predispoziţie ereditară în ce priveşte receptivitatea la bolile infecţioase (29).

Afecţiuni nervoase ereditare: distrofie musculară progresivă, paralizia spinală spastică, boala lui Friedreich, paralizia agitantă, coreea Huntington, boala lui Thomsen (miotonia).

Boli mintale ereditare: debilitate mintală, schizofrenie, psihopatii schizoide, idioţia juvenilă amaurotică, epilepsia mioclonică, psihoza maniaco-depresivă.

3. *Exemplificarea modalităţilor principale de transmitere a eredităţii patologice*

Ereditatea de tip dominant. Reamintind că dominanţa se caracterizează prin transmiterea neîntreruptă a tarei dela o generaţie la alta, să luăm ca exemplu cazul unui individ bolnav de coree Huntington, boală ce se transmite după tipul dominant (30). El poartă în sine predispoziţia sau „gena" dominantă a coreei. Căsătorindu-se cu o femee lipsită de această tară, deci cu gena normală, copilul rezultat din această uniune va fi purtător de o predispoziţie morbidă şi de una sănătoasă. Biologic, acest copil este un bastard sau heterozigot; dar deşi predispoziţia morbidă este moştenită de el în proporţii absolut egale cu ale predispoziţiei sănătoase, numai cea morbidă dela tatăl coreic se va manifesta. „Gena" tatălui este dominantă. Cauzalitatea intimă a acestei dominanţe nu este încă cunoscută. Cu alte cuvinte, nu se poate răspunde la întrebarea de ce gena sănătoasă este „acoperită" de cea bolnavă. Se constată numai faptul că din tată coreic şi mamă sănătoasă se nasc copii coreici. Acelaşi lucru se întâmplă când mama e coreică şi tatăl normal.

Ereditatea de tip recesiv. Presupunem un individ debil mintal congenital, sau un orb ereditar sau unul atins de surdi-mutitate ereditară, toate boli ce se transmit după modalitatea recesivă (30). El se căsătoreşte cu o femee sănătoasă. Fiecare din copiii rezultaţi moşteneşte câte o predispoziţie sau „genă" morbidă dela tată şi una normală dela mamă. Gena bolnavă este însă de astădată recesivă faţă de cea sănătoasă, aşa încât numai aceasta din urmă va eşi în evidenţă. Individul este sănătos în aparenţă, dar purtător al predispoziţiei morbide, pe care o va transmite generaţiei următoare. Chiar dacă se căsătoreşte cu o femee sănătoasă din punct de vedere ereditar, jumătate din copiii rezultaţi vor fi purtători de tară latentă. Evoluţia boalelor recesive este deci alta decât a boalelor dominante. O apreciabilă proporţie de indivizi în aparenţă sănătoşi sunt totuşi bolnavi din punct de vedere ereditar, în timp ce, dacă ereditatea este dominantă, toţi indivizii în aparenţă sănătoşi sunt în acelaşi timp şi normali din punct de vedere ereditar.

Ereditatea recesivă condiţionată de sex. Hemofilia oferă un exemplu tipic al acestei modalităţi de transmitere ereditară (31). Boala sau predispoziţia morbidă îşi are sediul în cromozomul sexual. Dat fiind că numărul acestor cromozomi diferă după sex, bărbatul având în massa lui ereditară numai unul, iar femeea doi, este firesc ca ereditatea să se manifesteze diferit la fiecare. Bărbatul va fi hemofilic atunci când va fi primit dela mamă un cromozom sexual bolnav; dacă însă a primit dela mama lui un cromozom sănătos, atât el cât şi urmaşii vor fi cruţaţi de hemofilie. In ce priveşte femeea, în caz când este heterozigotă, primeşte un cromozom sexual bolnav şi unul sănătos; ereditatea fiind recesivă, cromozomul sănătos acoperă pe cel bolnav. Rezultatul va fi că femeea, în aparenţă sănătoasă, poartă însă în massa ei ereditară predispoziţia morbidă, pe care o va transmite la o parte din copii. Femeea aceasta poartă numele de conducătoare. O parte din băeţii ei, adică acei cari primesc cromozomul sexual bolnav, vor fi hemofilici; în ce priveşte fiicele, tot o parte din ele vor fi numai conducătoare. Două cazuri trebuesc luate în consideraţie: un hemofilic s'a căsătorit cu o femee sănătoasă; toţi băeţii vor fi sănătoşi, toate fetele vor fi conductoare, adică aparent sănătoase. Alt caz este acel unde o femee conductoare s'a căsătorit cu un bărbat sănătos; vor rezulta jumătate din băeţi sănătoşi şi jumătate hemofilici; în ce priveşte fiicele, jumătate sunt sănătoase, cealaltă jumătate conductoare, aşa încât, la fel cu mama lor, ele vor transmite boala mai departe.

Observaţii importante s'au făcut într'un număr de familii dom-

Scanned with OKEN Scanner

nitoare, în special printre descendenţii Reginei Victoria a Angliei şi ai soţului ei Albert, ambii din familia de Saxa-Coburg. La aceşti descendenţi s'au putut identifica 10 hemofilici manifeşti. Din cei 9 copii ai Reginei, un fiu (Ducele de Albani) a fost hemofilic şi două fiice (Marea Ducesă de Hessa şi Principesa Battenberg) au fost conducătoare. În ce priveşte nepoţii Reginei, au fost printre ei trei hemofilici: Prinţul Frederic de Hessa, Prinţul Leopold şi Prinţul Moris de Battenberg; dintre nepoate, patru au fost conductoare: Irena de Hessa, sora ei Alexandra, ţarina Rusiei, Alice şi Eugenia, Regina Spaniei. In ce priveşte generaţia strănepoţilor, ea prezintă 6 hemofilici: Prinţul Waldemar şi Henric de Prusia, ţareviciul Alexe, Rupprecht al Bavariei, în fine, Alfons şi Gonzales, prinţi ai Spaniei (31).

In practică, un hemofilic manifest nu trebue să procreeze, deoarece fiicele lui vor fi toate conductoare, adică vor transmite mai departe boala. Nici conductoarele să nu procreeze, deoarece jumătate din fete vor fi şi ele conductoare.

Ereditatea complexă. In psihoza maniaco-depresivă, în schizofrenie şi în epilepsie, întocmirea arborilor genealogici ne arată că e vorba de cazuri de ereditate complexă, care nu se pot încadra schematic numai în una din modalităţile descrise mai sus. In general, psihoza maniaco-depresivă prezintă o evoluţie mai mult dominantă; aceasta ne dă de altfel explicaţia marii proporţii de copii bolnavi născuţi din părinţi bolnavi. Transmiterea ereditară continuă şi directă survine mai frecvent în psihoza maniaco-depresivă decât în cazurile de schizofrenie şi de epilepsie. Frecvent întâlnim bolnavi născuţi din părinţi heterozigoţi, părinţi în aparenţă sănătoşi; dar aceştia sunt de cele mai multe ori, dacă nu bolnavi psihici evidenţi, în tot cazul anormali, „bizari"; atunci când aceştia sunt descoperiţi în familii de schizofrenici, de epileptici, de maniaco-depresivi, trebue să ne opunem la căsătoria lor cu un alt heterozigot şi cu atât mai mult la căsătoria cu un individ complect sănătos (30).

4. *Monomerie şi polimerie*

Fiecare caracter ereditar rezultă din combinaţia a două elemente, care au fost numite „unităţi mendeliene" sau „factori ereditari" sau „factori mendelieni" sau „gene". Aceste gene sunt suportul material ipotetic al eredităţii, localizat în anumite puncte pe traectul cromozomului (25).

Ori, uneori caracterul sau boala ereditară sunt condiţionate de o singură pereche de gene sau factori; în acest caz, zicem că avem o

ereditate *monomeră*. O bună parte din caractere au însă la bază prezența concomitentă a mai multor perechi de gene, așa încât vom vorbi, în acest caz, despre o ereditate *polimeră*.

Un exemplu de ereditate polimeră: la șoarecele de câmp, o pereche de gene determină natura culorii, alta determină distribuția pigmentului în peri, o altă pereche determină posibilitatea însăși de a se forma culoarea, ș. a. m. d.

5. *Problema determinării sexului*

Insuși *Mendel*, în studiile sale asupra încrucișărilor între plante, presimția rolul factorilor ereditari în determinarea sexului. Ulterior, *Correns* a arătat că sexul stă sub dependența unui factor ereditar, care, existând la un sex, lipsește însă la celalt.

Precizările studiilor mai noui asupra eredității arată:

Factorii care determină sexul se află într'o combinație homozigotă într'un sex și heterozigotă în celalt sex. In ce privește sexul homozigot și cel heterozigot, ele diferă dela o specie la alta; astfel, la păsări și la unele insecte, sexul homozigot este cel masculin, pe când *la mamifere sexul feminin este cel homozigot.*

„La om, cauza primă și determinantă a deosebirilor între sexe „rezidă în *compunerea massei ereditare* a idioplasmei; sexul este de„terminat deci chiar în momentul fecundației; *o determinare volun„tară a sexului s'ar putea spera cel mult când ne-ar fi posibil să avem „la dispoziție numai spermatozoizi care determină sexul masculin sau „numai din acei cari determină sexul feminin* și pe care să-i putem „uni cu ovulul" *(Siemens).*

O oarecare posibilitate de a determina voluntar sexul, pare a exista la plante, unde s'a izbutit să se fecundeze cu un anumit fel de polen.

S'a propus de unii autori, la om, o metodă brutală și care ar atrage sancțiuni penale: recunoașterea, prin probe hematologice, a sexului fătului chiar dela începutul desvoltării lui, urmând ca acei feți care sunt de sexul nedorit, să fie suprimați. Astfel de metode însă, chiar în ipoteza că ar putea fi aplicate, nu ar putea modifica repartiția între sexe decât după ce concepția a avut loc, și nu înaintea ei (25).

6. *Importanța studiului gemenilor*

Studiul patologiei gemenilor este de o considerabilă importanță în precizarea naturii ereditare a bolilor și a anumitor caractere anormale. Intr'adevăr, aproximativ o treime din gemeni sunt univitelini; ei provin din același ovul fecundat (care a suferit apoi o diviziune anormală, ce a produs gemelitatea). Rezultă de aci că orice caracter

sau boală-ereditară, existente la unul din gemeni, trebue să se regăsească și la celalt ; invers : *orice caracter sau boală care se întâlnește la ambii gemeni, sunt sigur ereditare.*

Pe când gemenii *bivitelini*, adică gemenii formați prin fecundarea a două ovule de către spermatozoizi diferiți, nu se aseamănă în general mai mult decât frații obicinuiți, cei univitelini se aseamănă cu totul în trăsăturile figurii cași în întreaga constituție corporală. Astfel fiind, comparația între o categorie de gemeni și cealaltă a putut fixa natura ereditară a celor mai infime caractere.

7. *Problema constituției*

Termenul „constituție" a fost definit, în decursul timpului, de numeroși autori, fără ca până în prezent să se fi ajuns la o definiție de natură să satisfacă întreaga lume științifică.

Wunderlich (32), în 1848, a dat definiția următoare a constituției: totalitatea aspectelor de organizare biologică și sinteza evoluției fizice a individului dela alcătuirea lui.

In 1913, *Tandler* preciza că prin constituție trebue să înțelegem totalitatea însușirilor individului, determinante în momentul concepțiunii, abstracție făcând însă de determinantele de specie și de rasă (33). S'a obiectat, de diverși autori, că o astfel de separație este imposibilă (34).

Hart a dat, în 1922, următoarea definiție a constituției: totalitatea factorilor de cari depinde forța de rezistență, mai mare sau mai mică, a organismului față de influențele nocive din afară. Pentru acest autor, există, pe deoparte, constituția *anatomică*, vizibilă, măsurabilă și care poate fi cântărită, a corpului și a diferitelor organe; pe de altă parte, constituția *funcțională*, adică capacitatea de randament intern și extern, precum și modul de a reacționa la fiecare excitație considerată izolat.

După unii autori, constituția este exclusiv expresia tuturor predispozițiunilor conținute în massa ereditară a individului (35); iar după alții, ea este echivalentă eului individual, adică unității vii, cu toate însușirile ei psihice și fizice (36).

A. Kühn, profesor la Göttingen, constată că alcătuirea constituțională a oricărei ființe vii se manifestă în morfologia ei specială, în randamentul ei fizic și psihic, în puterea ei de rezistență, receptivitatea la boală și vitalitate. In esență, *constituția individului este determinată, în evoluția lui biologică, de o serie neîntreruptă de reacțiuni la factorii de ambianță, după norme pe cari le impune ereditatea, acestui individ* (37). Constituția individului, așa cum acesta ne apare

într'un moment dat al evoluţiei sale, prezintă corelaţiuni strânse cu ereditatea.

Realitatea biologică care este constituţia, îşi găseşte expresia în variatele *tipuri constituţionale.*

Incă în epoca hipocratică se deosebiau numeroase varietăţi de temperament. Mai târziu au fost descrise tipurile constituţionale forte, slabe, excitabile, pletorice, anemice, flegmatice, limfatice, ftizice, etc.

Hallé, în 1797, distingea un tip toracic, un tip muscular, un tip abdominal şi, în fine, un tip cefalic. Cu mult mai târziu s'au descris tipurile respirator, digestiv, muscular şi cerebral. In Italia, şcoala lui *Viola* descrisese un tip microsplanchnic, cu extremităţile foarte desvoltate în raport cu trunchiul, şi un tip macrosplanchnic, cu extremităţile mai puţin desvoltate decât trunchiul.

Kretschmer (38) deosebeşte trei tipuri normale: leptosom, atletic şi picnic, şi un tip anormal: displastic.

G. Montandon (39) a reunit, într'un tablou sintetic, diferitele puncte de vedere din care se poate privi clasificarea tipurilor constituţionale.

Criteriul patologic. Un tip extrem=astenic; un tip mijlociu=normal; un alt tip extrem = pletoric; tip special = infantil.

Criteriul de morfologie locală. Un tip extrem=respirator; tip mijlociu= muscular; celalt tip extrem=digestiv; tip special=cerebral.

Criteriul de morfologie generală. Un tip extrem=svelt; un tip mijlociu= mijlociu; celalt tip extrem=îndesat.

Criteriul de fiziologie generală. Un tip extrem=tonic; tip mijlociu=mijlociu; celalt tip extrem=nutritiv.

Criteriul de fiziologie nutritivă. Un tip extrem=carnivor; un tip mijlociu =omnivor; celalt tip extrem=vegetarian.

Criteriul psihologic. Un tip extrem = sensitiv; un tip mijlociu = activ; celalt tip extrem = vegetativ.

Se pare însă că împărţirea cea mai importantă este aceea care stabileşte două tipuri fundamentale şi anume: tipul svelt=leptosom, şi tipul îndesat = eurisom. Aceste două tipuri prezintă, în geneza lor, acţiunea decisivă a *hormonilor.* Tipul *leptosom* ar fi datorit în special hiperfuncţiunii glandei tiroide şi a hipofisei, precum şi hipofuncţiunii glandei sexuale. Tipul *eurisom* ar fi datorit hipofuncţiunii tiroidei şi hiperfuncţiunii glandei sexuale şi a suprarenalei.

In anii din urmă, sub înrîurirea mai ales a şcolii biotipologice a profesorului *Pende,* s'a stăruit asupra faptului că nu se poate vorbi de tipuri constituţionale numai pe bază morfologică, sau numai pe bază temperamentală, sau numai pe bază funcţională. Trebue să considerăm întreaga unitate psiho-somatică pe care o înfăţişează individul. Astfel

considerat individul, cu laturea lui morfologică, cea umorală şi cea psihologică, el constitue un *biotip*, iar biotipologia devine studiul corelativ al morfologiei, fiziologiei, moralei şi psihologiei individului (40, 41).

Pornindu-se dela aceste principii, s'au putut stabili patru biotipuri fundamentale, în interiorul fiecăruia din ele diferenţiându-se o serie de varietăţi pe bază endocrinologică (42).

Biotipul *longilin stenic* se caracterizează prin statura puţin deasupra mediei, greutatea relativ mică, aspect slab, trunchiul lungăreţ, diametrele anteroposterioare şi transversale ale toracelui şi abdomenului suficient proporţionate, mişcări rapide şi sprintene, craniul mezo - sau brachicefal, caracterele sexuale secundare bine desvoltate, neurotonie, preponderenţă funcţională relativă a simpaticului. In interiorul acestui tip se pot deosebi următoarele varietăţi pe bază endocrinologică: hipertiroidienii şi hipertiroido-hiperpituitarii; niciodată nu se întâlneşte insuficienţă suprarenală sau genitală.

Biotipul longilin astenic se caracterizează prin trunchiul turtit, craniul mergând dela brachi- la dolicocefalie, membre subţiri, greutate mică, schelet insuficient desvoltat, musculatură flască, labilitate a sistemului nervos vegetativ cu preponderenţa vagotoniei, iritabilitatea sistemului nervos, iritabilitate psihică. Varietăţile acestui biotip, stabilite tot pe bază endocrinologică, ar fi: hipertiroido-hiposuprarenală, hipogenitală şi uneori varietatea hipoparatiroidiană sau spasmofilică.

Un al treilea biotip fundamental este cel *brevilin stenic*, cu statura sub medie, greutatea relativ mare, membrele scurte, trunchiul larg şi îndesat, musculatura şi scheletul bine desvoltate, craniul mezo- sau brachicefal, abdomenul larg, hiperstenie a sistemului nervos vegetativ cu preponderenţă a parasimpaticotoniei, sexualitate uneori exagerată. Din punctul de vedere endocrinologic, brevilinii stenici sunt uneori hipotiroido-hipersuprarenalieni, alteori hipergenitali.

Al patrulea biotip fundamental, în clasificarea lui *Pende*, este cel *brevilin astenic*, cu statura şi cu membrele inferioare variabile, adică uneori mari, alteori mici, dar cu toracele întotdeauna scurt, infantil chiar, şi abdomenul voluminos; atonie, gât scurt, ptoză abdominală, ţesut grăsos flasc; aceşti indivizi se caracterizează prin brachicefalie, iar caracterele sexuale secundare sunt puţin pronunţate; din punctul de vedere neuro-vegetativ predomină parasimpaticotonia. La acest biotip se deosebesc două varietăţi endocrinologice: hipotiroidiană şi hipopituitară (43).

Stabilirea tipurilor constituţionale şi a subdiviziunilor lor pe baza

criteriilor şcolii biotipologice, ne îndrituește să vedem, în rezumat, în factorul constituție, alcătuirea totală fizico-psihică a individului, alcătuire care înfățișează însă un sistem structural în permanent echilibru labil; cu alte cuvinte, este un sistem ce suferă modificări de-a-lungul vieții, însă în totalitatea lui rămâne caracteristic unui anumit individ, căci a fost fixat pe cale ereditară (44).

IV. STUDIUL RASEI

Rasa, în înțelesul său cel mai cuprinzător, reprezintă un curent vital continuu, căruia îi aparțin toți indivizii care îl întrețin prin faptul că procrează descendenți capabili, la rândul lor, de o reproducere normală (45). Aceasta ar fi noțiunea de „rasă vitală".

Practic însă, se concepe rasa într'un sens mai limitat: succesiunea mai multor generații, ai căror indivizi se aseamănă prin aproape toate caracterele lor ereditare (2).

Unii autori văd în rasă o grupare de oameni care, consecutiv unei selecțiuni îndelungate și unilaterale operată de mediul ambiant, au ajuns să prezinte identitatea unui anumit număr de caractere ereditare, fizice și psihice, adaptate spațiului vital în care trăește rasa; prin această totalitate de caractere o rasă anumită se diferențiază de restul populației globului, iar prin procesul procreației rasa ar produce mereu și pretutindeni indivizi identici (46).

S'a stăruit în deosebi asupra massei ereditare care caracterizează și determină o anumită rasă. Rasele ar fi mari grupări umane, care posedă în comun anumite gene sau predispoziții ereditare, ce lipsesc celorlalte grupe rasiale. Natural, nu orice caracter ereditar comun poate fi luat drept criteriu de diferențiere a rasei: nu se poate admite o rasă cu părul roșu, de pildă. De ce numai anumite caractere au servit în decursul timpului pentru diferențierea raselor, nu s'ar putea spune (47).

In procesul primar al divizării omenirii în rase, ar fi jucat deci rolul dominant massa ereditară neinfluențabilă prin modificările fizice pe care individul le poate suferi sub acțiunea mediului. Rasele primitive s'au consolidat prin împerecheri în interiorul aceleiași rase, de-a-lungul a zeci de mii de ani operându-se o intensă selecțiune. Organism unitar și diferențiat, rasa s'a adaptat dela început condițiilor ambianței, într'un mod optim. Rasele care nu se puteau acomoda, au dispărut.

Mult mai târziu, survenind marile migrațiuni, rasele pure primitive s'au încrucișat. Din aceste rase primitive pure nu au mai rămas

decât mici resturi, de pildă Buşimanii, Australienii, Eschimoşii. Dar, ar fi greşit să ne închipuim că, la celelalte rase, care au suferit un număr de încrucişări şi care sunt cele mai importante de pe glob, însuşirile primare de rasă ar fi dispărut. Rasele: europidă, mongolidă, nordică, par a-şi fi păstrat massa ereditară iniţială caracteristică. O parte din autori admit că la popoarele la care aceste rase au dat naştere, ar fi rămas eficiente caracteristicile iniţiale rasiale. „Stabilitatea rasei „este predestinată, ea rămâne neatinsă de furtunile vieţii şi se perpe„tuiază după legi de bronz la copii şi strănepoţi, stingându-se numai „prin moartea, nu a individului izolat, ci a neamului însuşi" (48).

Rasa rămâne deci o realitate biologică ce stă la baza marilor colectivităţi pe care le numim *naţiuni* sau *etnii*, şi asupra rasei avem de aplicat principiile redresării biologice, adică ale eugeniei (49).

Este adevărat că naţiunea nu se caracterizează, ca rasa, printr'o identitate de caractere somatice, ci, după definiţia dată de *E. Fischer* (50), naţiunea reprezintă o grupă de oameni trăind într'o comunitate de procreare şi posedând bunuri culturale comune, din care cel mai important este limba vorbită şi scrisă. Dar, observă acelaş autor, evoluţia fiecărei culturi naţionale depinde de dotaţia rasială a creatorilor şi purtătorilor ei, iar fiecare nouă cucerire a naţiunii şi fiecare nouă formare de stat trebuesc privite ca fenomene ce aparţin biologiei rasei.

După acest autor, individ fără o anumită apartenenţă rasială nu ar exista.

A. Formarea şi încrucişarea raselor primitive

Cel mai vechiu document fosil uman care s'a descoperit până acum, pare a fi maxilarul inferior ce a fost găsit în vecinătatea satului Maur, aproape de Heidelberg (51); cu ajutorul acestui document fosil s'a reconstituit scheletul primului om ce ar fi apărut pe pământ: homo heidelbergensis.

Ceea ce caracterizează primele tipuri umane este aspectul lor bestial: craniu dolicocefal, foarte turtit şi foarte redus în înălţime; faţa enormă şi proeminentă, care depăşeşte cu mult linia frontală. Această primă rasă umană ar fi trăit în epoca geologică numită pleistocenul mijlociu.

A urmat epoca omului „oenanthropus", din care a provenit ulterior omul din perioada aurignaciană (după grota dela Aurignac, în Garonna superioară). Omul din această perioadă se diferenţiază considerabil de tipul bestial precedent.

Spre sfârşitul perioadei paleolitice apare un nou tip de om: tipul brachicefal. Aceşti brachicefali, pe care îi găsim mai ales în timpul perioadei de transiţie numită mezolitică, construesc primele locuinţe stabile, pe stâlpi, în mijlocul apelor puţin adânci (locuinţe lacustre). In timpul acestei ultime perioade (mezolitice), oamenii prezentau o varietate şi complexitate antropologică destul de mare.

Diferenţierea a mers accentuându-se în timpul perioadei neolitice, următoare. Precum remarcă *Pittard* (52): acum rasele se amestecă, se suprapun, se întrepătrund.

Pe alocuri s'au păstrat însă tipuri pure de rasă. Astfel, cercetări vaste asupra resturilor de schelete neolitice găsite în Hessa, cercetări publicate în 1937, au dus la concluzia că tipuri rasiale din paleolitic (rasa Cro-Magnon) ar subsista până azi, la indivizii din rasa falică, strâns înrudită cu cea nordică (rasele nordică şi falică ar deriva ambele din rasa Cro-Magnon) (53).

In perioada preistorică, migraţiunile triburilor primitive au fost foarte intense. Cauzele acestor vaste deplasări ale populaţiilor primitive au fost mai întâi de ordin biologic: omul trebuia să satisfacă nevoilor elementare ale vieţii vegetative; el era mereu în căutarea de regiuni noi unde vânatul să fie abundent. Dar sosind în aceste regiuni noi, rasele, în mod firesc, se încrucişau.

Mai există şi un alt factor biologic care a contribuit la încrucişarea raselor ; căsătoria, la triburile primitive, era exogamă, bărbaţii luând de preferinţă femei din alte triburi ; fenomenul exogam lua proporţii considerabile în timp de războiu.

O altă cauză a mobilităţii populaţiei primitive, deci implicit a încrucişării raselor, a fost constituită de marile cataclisme naturale (cutremure, erupţiuni vulcanice, inundaţiuni), consecutiv cărora se deplasau masse importante de oameni.

Un al patrulea factor cauzal pentru migraţiunea populaţiilor primitive a fost reprezentant de marile schimbări climatice care au survenit în timpul perioadei glaciale şi au atins aproape întreaga emisferă boreală. Grupuri imense de populaţii primitive au coborît din nord-est spre sud-vest, din America de Nord spre Asia şi din Asia spre Europa (51).

Oricum ar fi fost, dat fiind pe de o parte climatul mult mai suportabil al Europei şi de alta prezenţa Oceanului Atlantic, care era o barieră de netrecut pentru populaţiile primitive, Europa a constituit, pentru omul preistoric, regiunea unde aveau să se opereze cele mai numeroase încrucişări de rase. După aceste procese migratorii ale epocii preistorice, se pare că s'au stabilizat 4 ramuri rasiale principale : europidă, australidă, negridă şi mongolidă (47).

Scanned with OKEN Scanner

Problema relaţiilor între rasă şi factorii climatici a făcut obiectul unor studii şi comunicări recente. Rasele sunt profund adaptate climatului. Dar această adaptare nu trebue concepută ca o transmitere ereditară a unor însuşiri dobândite, ci ca un fenomen obişnuit de selecţiune. Selecţiunea varietăţilor şi spiţelor celor mai adaptabile şi mai potrivite climatului este cauza fenomenului următor: piele albă, păr blond şi ochi albaştri, la unii din Evrei din Europa; la aceştia nu este vorba, bine înţeles, nici de caractere ereditare, care sunt altele la Evrei, nici de încrucişări în aşa măsură încât ele să fi putut determina apariţia părului blond şi a ochilor albaştri. Tot un fenomen de selecţiune a jucat rol la arienii imigraţi în India pe la mijlocul mileniului II a. Chr.; este vorba de Persanii blonzi, ajunşi în India, în timpul războaelor; ei au căpătat pielea de culoare închisă, numai ochii rămânându-le de culoare deschisă.

In concluzie, este de relevat că, oricât de mult climatul ar influenţa unele caractere ale rasei, prin lungi fenomene de adaptare, massa ereditară a rasei ar rămâne însă necondiţionată de climă (54).

B. Diferenţieri pe bază morfologică

Tipurile rasiale pot fi caracterizate printr'un număr de însuşiri deduse din examenul morfologic, şi proprii fiecărui tip. Referindu-ne de exemplu la structura rasială a populaţiei Europei, am putea fixa, pe bază morfologică, trei tipuri (55).

Tipul *european* are statura înaltă, părul blond, ochi albaştri, pielea albă-roz şi, în ce priveşte forma capului, este dolicocefal. Acest tip dolicocefal se caracterizează, din punctul de vedere fizic, prin inteligenţă, mobilitate şi îndrăzneală, complex de caractere care înlesnesc, toate, progresul speciei umane. Tipul european se întâlneşte în Insulele Britanice, în câteva regiuni din Peninsula Scandinavă, în Belgia, în Olanda, în regiunile nordice ale Germaniei şi în câteva regiuni ale Franţei.

Tipul *alpin* se caracterizează prin statura mică, părul şi ochii negri, pielea albă-bronzată, brachicefalie. Indivizii care aparţin acestui tip rasial se mai diferenţiază, din punct de pedere psihic, prin calmul lor, tendinţa spre sedentarism şi prin meticulozitate.

Tipul *mediteranean* se împarte, la rândul său, în două varietăţi. In regiunea sudică a Italiei, în Corsica şi în Sardinia, se întâlneşte mediteraneanul de statură mică, cu părul şi ochii negri, dolicocefal şi cu faţa alungită (leptoprosop). In Spania şi în regiunea nordică a Africei, predomină cealaltă varietate a tipului mediteranean: statura înaltă, părul şi ochii negri, dolicocefalie şi faţa scurtă (chamaeoprosop).

O diviziune sistematică, pe bază morfologică, este aceea care recunoaşte în omenire 5 rase mari şi anume: pigmoidă, negroidă, ved-australiană, mongoloidă şi europoidă, fiecare din ele subdivizându-se

într'un număr de rase. In total, ar trebui să deosebim 20 rase pe glob (56).

In ce privește cele 5 rase mari, rasa pigmoidă ar cuprinde populațiile din extremitatea sud-vestică a Africei, adică Boșimanii și Hotentoții, și din zona ecuatorială a globului, exceptând America. Rasa negroidă cuprinde pe Negrii din Africa, Asia și Oceania. Rasa ved-australiană înglobează populații din Ceylan, Malacca, jungla Indiei, Australia. In marea rasă mongoloidă intră vaste grupe de populație din Asia și America, iar marea rasă europoidă cuprinde populațiile din Europa și o bună parte a Asiei.

Caracterele morfologice ale celor 20 rase născute din cele 5 rase mari, se pot vedea în tabloul dela pag. 86—87 (56).

Diviziunea după criterii morfologice, deși atât de răspândită, este totuși pasibilă de unele critici (57). Acestea se justifică atunci când luăm în considerație fiecare caracter mai important, în parte.

Forma craniului nu ar constitui un element absolut și invariabil (57). S'a arătat că se observă o modificare a formei craniului la Europenii care imigrează în America. Evreii din răsăritul Europei, care sunt foarte brachicefali, după ce se stabilesc în America procreză copii mai puțin brachicefali. La fel se întâmplă cu Italienii originari din Calabria și Sicilia, care sunt dolicocefali. Ei procreză în America copii din ce în ce mai puțin dolicocefali. Se pare, în al doilea rând, că forma craniului nu prezintă, în general, acea importanță considerabilă ce s'a încercat a-i se atribui pentru a aprecia gradul de evoluție a indivizilor. Astfel, susținerea unor autori (58) că dolicocefalia presupune inteligența și superioritatea în general a unei rase, nu s'a putut verifica, în numeroase cazuri. Intr'adevăr, dolicocefalia se întâlnește și la populațiile cele mai inferioare de pe scara civilizației: triburile negre din Africa, triburile sălbatece din Australia, Tasmanienii, Eschimoșii, etc. Invers: o parte însemnată a poporului german, cu însușirile superioare cunoscute, se compune din indivizi brachicefali și nu dolicocefali (59). Dacă aruncăm o privire asupra civilizației antice, constatăm că Asirienii și Chaldeenii, populații foarte civilizate, erau mai mult brachicefali. In fine, dolicocefalia nu presupune numai decât o capacitate cranianâ mai mare, adică o desvoltare mai apreciabilă a creerului. Antropologii au stabilit că craniul brachicefal câștigă în lărgime ceea ce pierde în lungime, așa încât capacitatea sa poate întrece pe cea a craniului dolicocefal. Antropologul *Martin* susține că nu dolicocefalia, ci brachicefalia, ar re-

Scanned with OKEN Scanner

prezenta forma cranianã cea mai favorabilă pentru desvoltarea în volum a creerului (60).

Scheletul *figurii*, al doilea caracter morfologic important, nu ar constitui nici el un criteriu imuabil pentru diferenţierea raselor. Astfel, prognatismul se întâlneşte mai adesea la dolicocefali decât la brachicefali. El nu constitue un semn de inferioritate intelectuală. Prognatismul se întâlneşte într'o proporţie destul de importantă şi la rasele civilizate contimporane. *Virchow* spunea: nici un craniolog n'ar putea atribui cutare craniu cutărei rase, conducându-se numai după unghiul facial (61).

Culoarea tegumentelor, considerată primordială pentru diferenţierile rasiale, pare a fi de asemenea un caracter relativ. Majoritatea antropologilor consideră actualmente pigmentaţia tegumentară a diferitelor rase ca fiind datorită unei singure substanţe colorante fundamentale, care acumulându-se în cantităţi variabile în păturile sub-epidermice, produce nuanţele atât de variate ale pielei, după rase. La Albi pigmentul se găseşte în cantitate mică; la Galbeni se găseşte în cantităţi mai mari; iar la Negri cantitatea de pigment ar fi considerabilă.

Culoarea părului şi ochilor. Diferitele culori pe care le prezintă aceste organe, ar fi numai variaţiunile unei singure pigmentaţii fundamentale.

Cu toate aceste obiecţiuni, criteriul morfologic rămâne destul de important în clasificarea raselor.

C. Diferenţieri pe bază biochimică

Desvoltarea studiilor asupra grupelor sangvine şi constatarea, făcută de *Dungern* şi *Hirszfeld* că proprietăţile grupale se transmit prin ereditate, au făcut să ia naştere o ramură nouă de investigaţie: antropologia serologică (62). Aportul ei în caracterizarea raselor este foarte important. Opt sute de autori lucraseră, până în 1938, în acest domeniu şi s'a putut spune că întroducerea în antropologie a cercetărilor asupra grupelor sangvine reprezintă progresul cel mai mare înfăptuit dela măsurătorile craniului încoace.

Antropologia serică are ca punct de plecare biologia generală a grupelor sangvine.

In 1899 s'a descris fenomenul izohemoaglutinării, aglutinarea hematiilor din sângele unui individ prin sângele altui individ din aceeaşi specie. Acest fenomen fu opus heterohemoaglutinării, adică aglutinării globulelor roşii prin sângele unui individ dintr'o specie diferită.

CARACTERELE

	Nr.	RASA	PIELEA	PĂRUL		Irisul	Ochiul	NASUL *)	
				Culoarea	Forma			din față	din profil
Marea rasă pigmoidă	1	Steatopigiană	galbenă-intens	negru	foarte des	foarte închis	cută ext, a pleoapei	lat (95-99)	turtit
	2	Pigmeică	brună	negru	creț și f. scurt	foarte închis		lat și triunghiular (100-104)	turtit
Marea rasă negroidă	3	Tasmanică	brună-închisă	negru	creț	foarte închis		lat (105-109)	radăcină în șea
	4	Papuasă	brună-închisă	negru	creț și rel. lung	foarte închis		lat (90-94)	turtit-convex
	5	Nigriției	brună-neagră	negru	creț	foarte închis		lat (90-99)	turtit
	6	Etiopiană	brună	negru	ușor încrețit	foarte închis		mijlociu (75-79)	turtit-proemin.
	7	Dravidiană	brună-închisă	negru	buclat	foarte închis		mijlociu (75-79)	proeminent
Marea rasă ved-australiană	8	Vediană	brună	negru	buclat	foarte închis		lat (85-89)	rădăcina în șea
	9	Australiană	brună-închisă	negru	buclat	foarte închis		lat (95-99)	rădăcina în șea
Marea rasă mongoloidă	10	Paleoamerindiană	galbenă	negru	ușor ondulat	foarte închis		mijlociu (80-84)	concav-drept
	11	Neoamerindiană	galbenă (scorțiș.)	negru	lins și aspru	foarte închis		mijlociu (75-79)	concav-convex
	12	Eschimoasă	galbenă-cafenie	negru	lins și aspru	foarte închis	puțin bridat	îngust (65-69)	mic și drept
	13	Paleosiberiană	albă-gălbue	negru	lins și aspru	foarte închis	puțin bridat	mijlociu (75-79)	concav-drept
	14	Mongolă	gălbue	negru	lins și aspru	foarte închis	compl bridat	mijlociu (75-84)	mic și drept
	15	Turanică	albă-gălbue	negru	lins și aspru	foarte închis	puțin bridat	îngust (65-69)	drept
Marea rasă europoidă	16	Laponă	albă-gălbue	negru	lins și aspru	foarte închis	puțin bridat	mijlociu (75-79)	concav
	17	Ainu	albă-bronzată	negru	ondulat	închis		mijlociu (75-79)	concav-drept
	18	Blondă	albă-roz	blond	ușor ondulat	deschis		îngust (65-69)	drept și proemin.
	19	Alp-armeniană	albă	castaniu	ușor ondulat	desc - închis		îngust (65*69)	drept-convex
	20	Brună	între alb oacheș și brun deschis	negru	între ușor ondulat și neted	foarte închis		îngust-mijlociu (65-79)	între drept și convex

INDICII

*) **INDICELE NAZAL.** Este foarte diferit la individul viu și pe schelet (din cauza absenței oricărui cartilagiu). Pentru subiectul viu, acest indice reprezintă lățimea nasului în raport cu înălțimea lui considerată ca 100, iar pe craniu indicele constă din raportul dintre lărgimea deschiderii piriforme și înălțimea acesteia considerată ca 100.

	INDICELE NAZAL			
	la subiectul viu		pe schelet	
Mezorinie		70-84		47-52
Leptorinie (nas îngust)	mai mic de	70-84	mai mic de	47-52
Platirinie (nas lat)	mai mare de	70-84	mai mare de	47-52

Scanned with OKEN Scanner

CELOR 20 RASE

după G. MONTANDON, La race, les races, Paris 1933, p. 274-277

UMERII OBRAZ.	PROGNATISM	FAȚA	INDICELE CEFALIC *)	INĂLȚIMEA CAPULUI	STATURA LA BĂRBAT (IN CM.)
proeminenți	mijlociu - f. accentuat	rombică	dolicocefal (76 Boșimani 75 Hotentoți)	joasă (Boșim.) mijl. (Hotentoți)	hiperjoasă (145 cm Boșimani) mijlocie (160 cm. Hotentoți)
	f. accentuat	lată (Asia) mijl. (Africa)	mezocefal (79 Africa, 82 Asia)		hiperjoasă (140)
	accentuat	lată	dolicocefali (76)	joasă	mijlocie (166)
	accentuat	mijlocie	dolic. (71 papuași 76 melan.)	înaltă (papuas) mijl. (melanezi)	mijlocie (164) variabilă
	f. accentuat	mijlocie	dolic. (72 Nilotici) mezoc. (81 Charieni)		mijlocie (160 Paleotrop.) mare (178 Nilotic.)
	mijlociu	lungă	dolicocefal (76)		mijlocie (168)
	mijlociu	mijlocie	dolicocefal (75)		mijlocie (163)
	ușor	lată	dolicocefal (73)		joasă (153)
	accentuat	mijlocie	dolicocefal (72)		mijlocie (167)
proeminenți	ușor	mijlocie	dolicocefal (75)		joasă (159)
proeminenți	ușor	foarte lată - lată	dolic. (74 Algon.) brach. (86 Patagoni)	înaltă (Alg.) joasă (Sioux)	joasă (159 Amaz.) înaltă (175 Patag.)
proeminenți	ușor	mare în ambe sensuri	dolicocefali (72)	înaltă	joasă (158)
proeminenți	ușor	lată-mijlocie	mezocefală (80)	mijl. (Paleosib.) joasă (Tunguși)	mijlocie (160)
proeminenți	ușor	lată	mezoc. (78 Sin.) brach. (86 Mong.)	înaltă (sinieni) joasă (calmuci)	mijlocie (160 pareeni) (167 sinieni)
proeminenți	ușor	lungă	brachicefali (86)		mijlocie (166)
proeminenți	ușor	lată	brachicefali (76)	mai mult joasă	joasă (153)
proeminénți	nul	mijlocie	dolicocefali (76)		joasă (158)
	nul	lată (Rusia) lungă (Scand.)	dolic. (77 Scand.) mezoc. (82 Ruși)	mai mult joasă	înaltă (173)
	nul	lată (Alpi) lungă (Pamir)	brachicef. (86)		mijlocie (Cevenoli 163). înaltă (170 Dinarici)
	dela ușor la zero	lată (Insulinda), lungă (Mediter. Ind. Polin.)	dolicocefali (73 Indoafgani) mozocefali (82 Polinezieni)		mijlocie (161 Insulinda), înaltă (172 India, Polinesia)

ANTROPOLOGICI:

*) **INDICELE CEFALIC**: Reprezintă lățimea capului în raport cu lungimea considerată 100.

	INDICELE CEFALIC	
	la subiectul viu	pe schelet
Mezocefal	78-83	77-82
Dolicocefal (cap îngust)	mai mic de 78-83	mai mic de 77-82
Brachicefal (cap lat)	mai mare de 78-83	mai mare de 77-92

Scanned with OKEN Scanner

Aceste fenomene fiziologice au căpătat explicaţia definitivă în 1901, graţie cercetărilor lui *Karl Landsteiner* (63) : în sângele fiecărui individ, în stare normală, se găsesc substanţe care acţionează ca şi reactivii biochimici (aglutinine), exercitând acţiunea lor asupra principiilor conţinute în globulele roşii (aglutinogene). Ori, aglutininele, la fel ca şi aglutinogenele, sunt diferite dela un individ la altul : serul cutărui individ pus în contact cu globulele roşii ale altor indivizi, va aglutina numai unele din ele.

Landsteiner a stabilit, din acest punct de vedere, trei mari grupe în interiorul speciei umane. Prima grupă este alcătuită din indivizi al căror ser aglutinează globulele roşii ale tuturor celorlalţi indivizi, dar hematiile lor nu sunt aglutinate de serul celorlalţi indivizi. Grupul al doilea este format din acei al căror ser aglutinează numai globulele roşii ale indivizilor din grupa a treia, dar hematiile grupului al doilea sunt aglutinate de serul celorlalte două grupe. Al treilea grup se compune din indivizi al căror ser aglutinează numai hematiile grupului al doilea, iar globulele roşii ale acestui al treilea grup sunt aglutinate de serul celorlalte două grupe. *A. Decastello* şi *A. Sturli* au adăogat un al patrulea grup, cuprinzând indivizii al căror ser nu aglutinează hematiile nici uneia din grupele menţionate, dar hematiile lor proprii sunt în schimb aglutinate de serul tuturor celorlalte trei grupe (64).

Dungern şi *Hirszfeld* au notat, în 1910, cele patru grupe sangvine amintite, cu literele : *O* (dela „ohne“ = fără, adică grupul căruia îi lipsesc cu totul aglutinogenele specifice); *A*, grupul al doilea ; *B*, grupul al treilea şi în fine *AB*, grupul al patrulea, care conţine totalitatea aglutinogenelor (65).

Aplicaţia practică cea mai importantă a acestor constatări este următoarea : diferitele structuri sangvine sunt aceleaşi la părinţi şi copii (66). Cercetările ulterioare au stabilit definitiv că aceste structuri sangvine sau „constituţiuni biochimice“ sunt ereditare.

Dungern şi *Hirszfeld* ajunseseră la concluzia că, în interiorul unei anumite colectivităţi umane, raportul între frecvenţa celor două grupe sangvine A şi B prezintă o constanţă remarcabilă. Acest raport ar putea deci servi la determinarea specificităţii sangvine a fiecărui popor.

Autorii menţionaţi admiteau existenţa a două rase biochimice sau serologice primitive. Prima se caracterizează prin prezenţa structurii A în hematiile sale; a doua, prin structura B. Raportul cantitativ între aceste două rase biochimice primitive (ce se regăsesc la

toate popoarele, dar în proporţii diferite), ar determina caracterul etnic al fiecărui popor. Formula este următoarea : $\frac{A+AB}{B+AB}=J$

Coeficientul J reprezintă indicele biochimic rasial, variabil dela popor la popor, care ar constitui un criteriu de diferenţiere, mai valabil de cât caracterele morfologice.

In general, se admite că indicele biochimic rasial prezintă o valoare numerică maximă la populaţiile din nord-vestul Europei ; el merge descrescând progresiv dela nord spre sud şi dela vest spre est, pentru a atinge valoarea numerică minimă în sud-estul Asiei. *Hirszfeld* a dat următoarea scară a indicelor biochimice rasiale ale câtorva naţiuni : Englezi = 5,45 ; Francezi = 3,2 ; Italieni şi Germani = 2,8; Austriaci şi Bulgari = 2,6; Sârbi şi Greci = 2,5; Evrei=1,9; Arabi = 1,5; Ruşi = 1,3; Negri din Africa şi Indochinezi = 0,8; Hinduşi = 0,6.

Cercetări ulterioare, precum şi lucrările lui *Streng*, care a alcătuit şi o hartă cu repartiţia diferitelor popoare de pe glob, pe bază serologică, au îngăduit recent lui *Hirszfeld* să fixeze patru mari tipuri de rase, după grupele sangvine. Tipul I cuprinde popoarele la care grupele A,B şi O sunt toate prezente, dar în cantităţi variabile ; acest tip ar fi cel mai răspândit pe glob. La popoarele de tipul al II-lea nu se întâlnesc decât grupele A şi O : aici ar intra Australienii şi câteva triburi de Eschimoşi şi de Laponi. Tipul al III-lea se caracterizează prin prezenţa grupelor B şi O; el este puţin răspândit pe glob, întâlnindu-se numai la câteva triburi din Birmania şi India. In fine, tipul al IV-lea, caracterizat prin prezenţa numai a grupului O, se întâlneşte la Indienii din America (62).

Pentru completarea expunerii, trebue să menţionăm că sunt formulate numeroase rezerve cu privire la teoria biochimică. *Landsteiner* însuşi spunea că nu ştie dacă structurile sangvine la rasele umane sunt într'adevăr caractere distincte specifice, asemănătoare celor care diferenţiază diferitele specii animale şi vegetale.

Ionescu-Mihăeşti se exprimă astfel : „Structura imunologică a „rasei pare a fi determinată mai curând de combinaţiuni variate ale „unui număr nedefinit de factori biochimici ; aceste probleme, cu „toate lucările numeroase publicate până în prezent, cer încă cerce„tări experimentale serioase“ (67).

De altfel şi *Hirszfeld* menţionează relativitatea pe care o prezintă uneori studiul grupelor sangvine şi concluziile ce se deduc din el. Izolarea şi încrucişarea pot influenţa raportul mutual al grupelor; „aceasta explică de ce în unele regiuni însuşirile grupale nu cores„pund structurii grupale medii a populaţiei“ (62).

Scanned with OKEN Scanner

D. Compoziţia rasială a câtorva popoare europene

Precizări matematice asupra compoziţiei rasiale a naţiunilor din Europa sunt foarte greu de adus. *M. Staemmler* recunoaşte, de pildă, că aceleaşi componente rasiale care caracterizează poporul german se întâlnesc, în proporţii, diferite fireşte, şi la celelalte popoare europene (69), iar *F. H. Hankins* arată că atât Franţa cât şi Germania şi Italia de Nord au constituit o răspântie, unde s'au întâlnit rasele principale ale Europei, precum şi diferite alte rase paleolitice (68).

Sunt totuşi utile câteva date rezultate din cercetările făcute până acum asupra compoziţiei rasiale a unora din popoarele europene.

La poporul *german*, rasa nordică intervine cu cel mai important coeficient. Caracteristicile reprezentanţilor acestei rase sunt: păr blond mătăsos, ochi albaştri, pielea cu pigment puţin, craniul alungit şi îngust, faţa prelungă, nasul bine conturat, bărbia proeminentă. Acest tip rasial se întâlneşte pe coastele Mării Nordului şi Mării Baltice, precum şi în Germania de nord (69). Al doilea element rasial, ca importanţă numerică, este tipul estic sau alpin, caracterizat prin statura mică, craniul mai rotund, umerii obrajilor proeminenţi, nasul relativ turtit la bază, bărbia rotundă, părul brun. Tipul rasial alpin se întâlneşte în Germania de mijloc şi de sud. Deosebit de aceste două tipuri rasiale principale, poporul german mai cuprinde un număr de rase, care însă trec numericeşte pe un plan secundar: rasa falică în Germania de nord-vest, rasa est-baltică în Prusia orientală, rasa dinarică în Bavaria superioară şi în Tirol, rasa vestică în regiunea Rinului şi Moselei.

Populaţia *Franţei* prezintă o varietate şi mai mare de tipuri rasiale. Elementele de rasă mediteraneană predomină în sudul Franţei. Grupurile de rasă alpină, prin mari procese de migraţiune dincoace de Alpi, au ajuns să ocupe aproape întreaga Franţă, fiind cu deosebire reprezentate în Savoia, Auvergne, Bretagne. Pe de altă parte însă, un alt grup important, şi anume cel de rasă nordică, a străbătut Franţa în sens invers; tipul nordic este reprezentat azi prin urmaşii goţilor, normanzilor, saxonilor, teutonilor, francilor şi burgunzilor. Regiunile din nordul, sudul şi vestul Franţei sunt populate de rasa nordică.

In ce priveşte *poporul român*, compoziţia sa rasială n'a făcut până în prezent obiectul unor studii pe grupe mari de populaţie. Domeniul cercetărilor la acest capitol trebue organizat de aici înainte, prin standardizarea metodelor de lucru, pregătirea echipelor compe-

Scanned with OKEN Scanner

tente pentru studiul pe teren, cercetări în variate regiuni ale țării și mai ales în regiunile muntoase, etc.

Totuși, contribuțiile aduse până în prezent, de un număr de cercetători, sunt destul de interesante și pot ajuta la stabilirea viitoare a unei formule rasiale a poporului român (70). De aceea istoricul sforțărilor făcute în acest domeniu, și din care unele datează din prima jumătate a secolului trecut, este instructiv.

Istoriografia medicinei românești înregistrează prima lucrare publicată în anul 1830, de *Pavel Vasici Ungureanu*, sub titlul „Antropologia sau scurte cunoștințe despre om și despre însușirile sale". Intre 1872—1874 *Obedenariu* publică lucrări asupra craniilor la Români, care l-au dus la concluzia că rasa Românilor ar avea elemente de origine celtă. In 1875, *Ioszef Lenhossek*, într'o lucrare intitulată „Cranioscopia", arată că s'ar întâlni la Români două tipuri principale: dolicocefalie la cei care descind din populația dacă, brachicefalia la cei care descind din Slavi (70 a).

Odată cu începutul secolului al XX-lea, cercetările de antropologie morfologică în legătură cu rasa Românilor înregistrează contribuții utile, în primul rând prin lucrările profesorului *E. Pittard*, începute în 1901 și continuate ulterior pe un plan destul de vast. Aceste lucrări, a căror serie merge până în 1931, s'au referit la studii de cranii din diferite regiuni ale țării și la diferitele populații. Ele au dus la numeroase concluzii, care bineînțeles, din cauza numărului destul de redus al craniilor examinate de fiecare dată, nu se pot generaliza, dar totuși trebuesc reținute: statura mijlocie a Românilor ar fi de 1,65 m.; din punctul de vedere al indicelui cefalic ar domina sub-brachicefalia; din punctul de vedere al înălțimii capului (indicele vertical) ar domina hipsicefalia; considerând indicele nazal, rasa Românilor s'ar caracteriza prin leptarsinie; în fine, în ce privește pe Românii transilvăneni, la ei ar fi mai răspândită brachicefalia (70 b). Românii în general, în cadrul popoarelor balcanice, ar aparține tipului de statură medie, brachicefal și brun.

Mai menționăm, cu titlu documentar, concluziile la care a ajuns autorul vienez *Lebzelter*, examinând 4339 soldați originari din diferite provincii ale țării. Concluzia acestui autor este: în Vechiul-Regat și în Basarabia ar predomina rasele dolicocefale, iar în Transilvania, Banat și Bucovina, rasele brachicefale. In ce privește varietățile dolicocefale, ele ar fi în număr de 3: rasa romano-mediteraneană, având ca reprezentanți pe urmașii direcți ai coloniștilor romani; rasa pontică sau kurgan, înaltă, cu părul și ochii bruni; rasa ispano- sau atlanto-mediteraniană (70 c).

In 1924, cercetări făcute pentru stabilirea comparativă a indicelui biologic sau biochimic la Români și la Unguri, au dus la concluzia următoare: la Români acest indice este 2,2, adică apropiat de cel al Bulgarilor, Grecilor și Sârbilor, pe când la Unguri indicele biochimic este 1,6, corespunzând în totul celui găsit la populația din Ungaria (70 d).

Rezultatele cercetărilor asupra structurii de rasă a Românilor, din punctul de vedere al proprietăților grupelor sangvine, au fost în

parte definitivate în 1936, când s'a ajuns la concluzia următoare, de către autori ardeleni care au aplicat metoda izohemoaglutinării: „Popoarele României se grupează ca rasă sangvină în jurul unui „nucleu românesc, care cu deosebire în munţii României este bogat „în elemente europene; elementele sangvine de rasă indică până la „un punct comunitatea noastră de origine cu celelalte popoare latine, „fiind întâlnite pretutindeni unde a dăinuit stăpânirea romană; spre „periferiile României se găsesc urmele tot mai evidente ale amestecului cu proprietatea asiatică, fără însă ca acest amestec să poată „fi trecut în contul unei singure naţionalităţi" (70 e).

Paralel cu cercetările biochimice, s'au afirmat în ultimii ani şi cercetări continuate pe planul morfologiei rasiale, din care unele — prin faptul că au fost duse cu o strictă metodologie, asupra unor grupe limitate de populaţie care şi-a păstrat puritatea etnică — prezintă o netăgăduită valoare ştiinţifică.

Astfel, în 1937 au apărut rezultatele anchetei antropologice efectuate în 3 sate româneşti din munţii Carpaţi (Nereju-Moldova, Fundul Moldovei-Bucovina şi Drăguş-Transilvania). La rezultatele obţinute s'au adăogat cele deduse din examinarea a 300 studenţi români dela Facultatea de medicină din Bucureşti. Concluzia cea mai importantă a fost: locuitorii de amândouă sexele, din toate cele 3 sate examinate, sunt brachicefali (brachicefalia cea mai accentuată fiind în Transilvania, urmează apoi Bucovina, iar populaţia din Moldova s'ar apropia de mezocefalie). La grupul de studenţi, tot brachicefalia a dominat (70 f.).

Alte detalii ale acestei investigaţii: statura cea mai mare s'a găsit la studenţi, apoi la locuitorii din satul Fundul Moldovei. O proporţie oarecare de dolicocefalie nu s'a găsit decât în comuna Nerejul Mare. Din punctul de vedere al indicelui facial, mezoprosopia a fost întâlnită cu o frecvenţă aproape egală în cele 3 sate ca şi la grupul studenţilor. In ce priveşte indicele nazal, a fost găsită mai frecventă leptorinia. Culoarea închisă a părului a fost dominantă peste tot. In fine, studiul comparativ al grupelor sangvine a arătat diferenţe importante între grupele examinate.

O contribuţie importantă a fost adusă prin studiul publicat în 1940, asupra cercetărilor antropologice făcute la Moţii dintre Arieşe şi începute încă în 1920. A fost examinată populaţia din următoarele comune pur româneşti: Ponorel, Vidra, Avram Iancu, Secătura, Albac-Arada, Scărişoara, Arieşeni şi Neagra (70 g).

S'a găsit, la populaţia examinată: statura medie 167 cm. la bărbaţi şi 153,3 cm. la femei; circumferinţa orizontală cefalică 54,9 la bărbaţi şi 54,3 la femei. La bărbaţi s'a găsit *hiperbrachicefalie* şi la femei *brachicefalie;* figura

este în general caracterizată prin dimensiuni potrivite (mezoprosopie şi euriprosopie); fruntea largă; nasul potrivit (mezorinie); părul mai mult castaniu şi închis.

Aceleaşi cercetări au arătat că, din punctul de vedere *serologic*, Moţii prezintă un foarte mare procent al *proprietăţii europene*, prin aceasta apropiindu-se de Italienii de nord, Danezi, Francezi, Germani şi Norvegieni.

In ce priveşte compoziţia rasială, la Moţi intervine în primul rând componenta alpină (femeile mai mult decât bărbaţii); urmează, în ordine de frecvenţă, rasa blondă. S'a mai individualizat la bărbaţi un tip rasial pe care autorii l-au numit regional: statură peste 1,75 m., hiper-sau brachicefalie, pigmentare brună, mezo-şi leptoprosopie.

Tipul rasial al acestei populaţii de incontestabilă puritate etnică ar putea deci fi astfel caracterizat: bărbaţii cu statură depăşind media, hiperbrachicefali, mezoprosopi (figura potrivită), megazemi (fruntea lată), mezorini (nas potrivit), gură mică, ureche potrivită; femeile mai mult scunde, brachicefale, faţă potrivită, mezorinie, gură şi ureche potrivite (70 g).

Cercetări comparative făcute în ce priveşte *indicele frontal* (raportul centezimal al înălţimii figurii la diametrul bizigomatic), comparativ la Unguri şi la Români, au arătat că media acestui indice este de 84,78 la Români şi 87,63 la Unguri. S'a dedus de aici că Românii prezintă mai mult o tendinţă la figuri late şi joase (euriprosopie), pe când Ungurii au mai mult figură înaltă şi îngustă (leptoprosopie) (70 h).

Alţi autori au căutat să stabilească o anumită ierarhie a grupelor rasiale ce ar intra în compoziţia poporului român, stabilind următoarele grupe: nordică, galică, atlantido-mediteraneană, preasiatică, dinarică, orientalidă, osteuropidă, alpină şi mongolidă. La un grup de studenţi examinaţi, a predominat tipul mediteranean (în proporţie de 37%); urmează tipul nordic şi tipul dinaric. La un grup de institutoare şi surori de ocrotire a dominat de asemenea tipul mediteranean, urmând apoi — în ordinea frecvenţei — tipurile alpin şi osteuropid. In fine, în grupul sătenilor ardeleni examinaţi, domină rasa alpină (30%), după care urmează cea mediteraneană ,iar apoi tipurile orientalid şi osteuropid. Tipurile rasiale mediteranean şi nordic ar fi mai răspândite în clasele intelectuale, iar tipurile alpin şi orientalid mai frecvente în populaţia rurală, deci a muncitorilor agricoli (70 i).

In totalitatea lor, investigaţiile făcute până în prezent în România pot servi ca punct de plecare pentru cercetările ulterioare ce vor avea de stabilit definitiv formula compoziţiei de rasă a acestui popor.

Scanned with OKEN Scanner

V. FIZIOPATOLOGIA RASEI

A. Considerațiuni asupra fiziologiei raselor

Fiziologia rasei cuprinde studiul proceselor fiziologice care în mod normal se transmit prin ereditate. Aceasta însemnează că, din cadrul fiziologiei rasei, trebuesc excluse acele modificări funcționale care rezultă din acțiunea unor factori externi, factori de mediu (71).

Fiziologia raselor este o știință aflătoare încă la începuturile ei. Puținele fapte cunoscute până în prezent asupra caracteristicilor funcționale în legătură cu factorul rasă, nu au nici ele întotdeauna caracter de generalitate. Adesea s'a făcut greșala de a se transmuta întocmai constatările asupra populației Europei, la populațiile altor continente (*).

Circulația sangvină ar prezenta unele caracteristici după rasă. La indivizii aparținând raselor cu statură mică, frecvența pulsului ar fi mai mare. La Chinezi tensiunea arterială a fost găsită cu 3 cm. mai joasă decât la Europeni (72). S'ar părea că tensiunea arterială este în general mai scăzută la popoarele primitive (73).

In ce privește numărul hematiilor, este de remarcat că el variază prea puțin în raport cu rasa. Față de 5 milioane hematii pe mm. c. la Europeni, s'a înregistrat 4½ milioane la Indieni și la Negri, 5½ milioane la locuitorii din Țara de Foc (74). Mai apreciabile variații s'au constatat în ce privește calciul din sânge; la rasa mongolă el ar fi mai scăzut decât la Europeni (71). Rezerva alcalină a sângelui ar fi mai mare la cei din rasa finică și la rasa nordică.

Problema grupelor sangvine găsește locul în cadrul fiziologiei. Aici este numai de remarcat că o anumită caracterizare grupală a sângelui nu implică și o anumită diferențiere funcțională a acestui sânge.

Sistemul motor prezintă unele caracteristici după rasă. Astfel, este de menționat predispoziția specială la recorduri de box, alergături, sărituri, a indivizilor aparținând anumitor rase. In aceeași ordine de

---

*) Atât noțiunile de fiziologie cât și cele de patologie a rasei, din acest capitol, sunt rezumate și sintetizate după lucrarea lui *Johannes Schottky*, Rasse und Krankheit, apărută în 1937. Prin contribuțiile pe care le aduc autori competenți (*H. Auler, H. Barth, K. Beringer, W. Clausen, O. Flössner, G. Frommolt, R. Grimm, F. Härtel, B. Kihn, G. Olpp, F. Proell, B. de Rudder, J. Schottky, M. Schubert, W. Unverricht, H. Wülker*) și prin bogata utilizare a izvoarelor documentare, această lucrare poate fi considerată ca una completă în materie, în faza actuală a științei raselor.

Pentru o mai bună orientare a celor ce vor să se documenteze asupra unor capitole speciale, am reprodus și parte din bibliografia menționată în lucrarea sus-amintită.

Scanned with OKEN Scanner

idei poate fi citată mobilitatea cu totul particulară a articulaţiilor la Japonezi, Australieni, Malaezi, Chinezi. Simţul muscular ar fi foarte bine desvoltat la Indieni. Particularităţi prezintă şi muşchii laringelui; acestui fapt i s'ar datora predominenţa consonantelor guturale la Semiţi (75). Rasa nordică este considerată în general ca una de sunete extreme: bas şi sopran.

Fiziologia pielei prezintă unele diferenţieri importante. Secreţiile glandelor cutanate sunt în general intens mirositoare la rasele cu pielea de culoare închisă. Luciul particular al pielei la Negri şi la Mongoli ar fi datorit secreţiei sebacee mai puternice (72). Compoziţia chimică a părului ar varia şi ea după rasă, intensitatea creşterii părului de asemenea: părul creşte mai repede la rasa preasiatică decât la rasele nordică şi mediteraneană.

Relativ la *funcţiile digestive* şi la *metabolism,* este de remarcat că Japonezii au intestinul mai lung decât al Europenilor, iar Negrii îl au mai scurt (76). S'au constatat unele diferenţieri în ce priveşte chimismul gastric: valorile pentru aciditatea totală ca şi pentru acidul clorhidric liber au fost găsite mai scăzute la Chinezi decât la Germani (77). Dela cercetările lui *Benedict* (78), se ştie că există diferenţe, uneori apreciabile, ale intensităţii arderilor în organism, după rasă. De altfel, panicului adipos prezintă desvoltări interesante în legătură cu factorul rasă; la femeile Buşimanilor şi Hotentoţilor el ia uneori o desvoltare considerabilă, ducând la steatopigie. Steatopigia se întâlneşte şi la Negrii din Camerun, la Cafri şi Somalieni. Este de menţionat aici şi predispoziţia la îngrăşare a femeilor evreice. Bilanţul zahărului sangvin nu prezintă variaţii după rasă (79). Eliminarea de azot ar fi foarte redusă la Malaezi şi la Japonezi.

Relativ la procesele de nutriţie, date concludente nu avem încă. Dacă la Chinezi este necesară o raţie calorică mai scăzută decât la Europeni, faptul se poate atribui massei corporale mai reduse a Chinezilor (71). In constatările care s'au făcut tot asupra micimii raţiei calorice, la unele triburi africane şi la Eschimoşi, intervine faptul că aceste triburi îşi constitue importante rezerve sezoniere de hrană, aşa încât rezultatul cercetărilor depinde de anotimpul în care au fost întreprinse.

Destul de evidente sunt unele diferenţe rasiale în ce priveşte fiziologia *organelor simţurilor.* In general, se admite că simţurile sunt mai desvoltate la popoarele primitive. Simţul gustului pentru substanţele amare ar fi cel mai desvoltat la Indieni şi la Chinezi; Arabii din Siria ar avea acest simţ în gradul cel mai scăzut. S'ar părea că simţul auzului pentru sunetele înalte ar fi mai desvoltat la rasele de

Scanned with OKEN Scanner

culoare (80). In ce priveşte acuitatea vizuală, ea ar fi cea mai mare la Indieni, apoi, în ordine descrescândă, la Nubieni, Georgieni, Ruşi, Germani (74). După o altă scară, acuitatea vizuală ar descreşte în ordinea următoare: Javanezi, Chinezi, Australieni, Negri, Europeni, Japonezi (76). Pentru simţul tactului s'a admis următoarea scară descendentă: Papuaşi, tribul Toda, Englezi (81). Popoarele primitive ar avea o redusă sensibilitate la durere (82).

Legături importante pare a avea factorul rasă cu *secreţiunile interne*. S'a mers chiar până la a susţine că rasa reprezintă un anumit echilibru endocrin transmis prin ereditate (83). Greutatea medie a tiroidei este numai de 13,8 grame la Japonezi, faţă de 39,4 grame la Europeni (84). Tiroida este mai mică de asemenea la populaţiile din Malaezia şi la Negri. De altfel, variaţiile de greutate a tiroidei îşi au răsunetul asupra caracterelor rasiale: la rasa nordică şi la cea dinarică, unde tircida este mai mare, statura este mai înaltă. Glanda suprarenală are o greutate mai mică la Mongoli. Hipofiza funcţionează mai intens la Europeni.

Procesul *creşterii* prezintă unele variaţii după rasă. Rasele de statură mică îşi încheie acest proces mai de timpuriu decât celelalte. Statura creşte mai mult în climatele reci (regula lui *Bergmann*). In zonele cu climat cald. se constată o mai mare creştere relativă a extremităţilor şi a perimetrelor trunchiului (85). Diferenţieri interesante ar prezenta momentul terminal al creşterii, la indivizii diferitelor rase: la Germani 23 ani, la Irlandezi 34, la Englezi 29, la Francezi şi Belgieni 27, la Japonezi şi Chinezi 22 ani (86).

Durata medie a vieţii ar fi mai mare la Evrei, la Scandinavi şi la popoarele balcanice. La popoarele din sudul Europei ar domina în general o durată redusă de viaţă. Deosebit de diferenţele de mediu ce s'ar putea invoca, factorul rasă joacă rol în durata medie a vieţii. In Tibet, se întâlnesc excepţional indivizi trecuţi de 55 ani. Acelaşi lucru şi la Negrii din Africa Centrală şi de Răsărit.

B. Date asupra patologiei raselor

Patologia rasială n'a putut progresa decât în ultimii ani. Cercetările asupra eredităţii, progresele în igiena rasei şi în medicina clinică au înlesnit şi evoluţia patologiei rasei (87). Descoperirea a numeroşi agenţi patogeni, desvoltarea pe care a luat-o patologia celulară, studiul mecanismului de acţiune a hormonilor, cercetările de fiziologie a sistemului endocrino-vegetativ, şi-au adus contribuţia.

Aceste constatări nu însemnează însă că preocupări pentru patologia rasei nu au existat în trecut.

Scanned with OKEN Scanner

La finele secolului al XVIIII-lea a apărut o importantă lucrare a lui *Finke* asupra geografiei medicale generale; în ea se arată că particularităţile bolilor după regiunile geografice implică şi un factor rasial (88)

In anul 1813 *Friedrich Schnurrer* publică „Nosologie geografică". In anul 1853 *Caspar Friedrich Fuchs* publică „Geografia medicinală". Cam în aceeaşi perioadă, în 1850, apare atlasul lui *H. Berghaus,* o hartă amănunţită relativ la „Distribuţia geografică a bolilor principale pe suprafaţa globului". In anul 1883, *Hirsch* publică în 3 volume „Tratatul de patologie istorico-geografică". Această lucrare marchează o primă epocă a potologiei rasiale, perioadă mai mult descriptivă şi cu interpretări adesea de naivă speculaţie, dar remarcabilă prin multe contribuţiuni importante în acest domeniu; de altfel, unele monografii, anchete sanitare în colonii, etc., din această lucrare, sunt foarte interesante şi astăzi. Indrumarea patologiei rasei spre câmpul cercetărilor moderne a dat-o lucrarea lui *Stokvis* din 1891. Ea face definitiv transiţia spre perioada în care vor fi puse la contribuţie integrală bacteriologia, patologia celulară şi studiul constituţiei. *Stokvis* vede în patologia rasială premergătoarea fiziologiei celulare, adeverindu-se şi aici că uneori patologia precede fiziologia.

Cu toate progresele înfăptuite, patologia rasială nu reprezintă încă în momentul de faţă o ştiinţă consolidată. Faptele sunt încă puţine, iar concluziile observaţiilor parţiale nu pot fi generalizate. Ele sunt însă importante pentru investigaţiile în viitor.

Afecţiunile glandelor endocrine. Boala lui Basedow ar fi mai răspândită la rasa nordică şi cea dinarică. Guşa şi mixoedemul, legate de hipotiroidie, s'ar găsi mai frecvent la rasa estică şi estbaltică (89). Mongolii ar fi o rasă hipotirodiană. Cretinismul ar fi mai răspândit în regiunile unde domină amestecurile rasiale (90). La Arabi şi Evrei bolile tiroidei ar fi mai puţin frecvente, la aceştia din urmă întâlnindu-se însă mai frecvent boala lui Addison.

Anomalii constituţionale şi de metabolism. Constituţia exsudativo-limfatică ar fi mai răspândită la rasa nordică. Rachitimul s'ar observa mai des la copiii blonzi şi cu pielea de culoare deschisă (91). El ar fi rar la Chinezi şi la Negri. Diabetul zaharat ar fi foarte rar la Chinezi. Sigur este că această boală este foarte răspândită la Evrei (în Frankfurt a. M., numărul diabeticilor evrei este de 6,5 ori mai mare decât al celorlalţi diabetici (92). La Negrii din Africa aproape că nu se constată diabet, precum nici la Papuaşi şi Melanezi. Nu se constată la ei nici gută, nici obezitate.

Bolile sângelui. Dintre aceste boli, forma specială de anemie

denumită anemia cu celule falciforme, se întâlneşte la Negri şi la Mulatri; este o boală familială şi ereditară. Icterul hemolitic se pare că atinge numai populaţia albă (89). Hemofilia ar fi frecventă la Evrei (92). Anemia pernicioasă ar fi rară în Japonia, China şi la Negri (93); ea ar fi frecventă la indivizii blonzi, cu ochii albaştri şi pigment cutanat redus (93).

Bolile aparatului circulator. Sifilisul aortei ar fi de trei ori mai frecvent la Negri decât la Albi (94). Anevrismele aortei ar fi de două ori mai frecvente la Negri. Evreii ar prezenta o predispoziţie particulară la arterioscleroză, claudicaţie intermitentă, gangrena spontană (95), arterita obliterantă. Dintre bolile venelor, hemoroizii ar fi mai răspândiţi la Evrei (96) şi la Japonezi.

Dintre *bolile pulmonare,* se pare că pneumonia ia un caracter grav la popoarele primitive, iar rasa nordică ar avea o predispoziţie particulară la bronşite şi la astmul bronchial.

Bolile gastro-intestinale ar fi mai răspândite la rasa albă decât la rasa neagră (89). La Chinezi, ulcerele gastrice şi duodenale ar fi foarte rare (97), de asemenea apendicita.

Bolile hepatice. Faptul că ciroza hepatică este frecventă la Chinezi nu poate fi atribuit alcoolismului, care este puţin răspândit acolo. Este probabilă intervenţia unui factor de rasă. Litiaza biliară este rară la Chinezii din sud şi Javanezi (97).

Dintre bolile *căilor urinare,* litiaza renală pare a fi mai răspândită la Evrei, iar calculii vezicali la Arabi. Litiaza căilor urinare se întâlneşte însă frecvent la Chinezi şi Japonezi.

In domeniul *bolilor infecţioase,* spre a putea fixa o patologie rasială, trebuesc realizate în prealabil unele condiţiuni de investigaţie (98): compararea între două grupe de populaţie cu o similară compoziţie pe grupe de vârstă; similitudine de ambianţă socială şi igienică, precum şi de climă ; simultaneitatea epocilor în care se face observaţia. Aceste condiţiuni sunt îndeplinite rare ori, aşa încât datele de patologie rasială la acest capitol sunt încă destul de sumare. La populaţia pur mongolă din India de Nord, la Anamiţi şi la Kirghizi, ar exista o anumită rezistenţă la scarlatină (99). Morbiditatea prin scarlatină, difterie şi paralizie infantilă ar fi mai rară la tropice decât în latitudinile temperate, iar aici mai scăzută ca în ţările nordice.

Paludismul a fost obiectul unor studii relativ numeroase, în ce priveşte dependenţa de factorul rasă (100). S'a evidenţiat în primul rând că nici o rasă umană nu prezintă imunitate absolută la malarie; aşa s'ar explica de ce, din populaţia totală de 2013 milioane a globului, în anul 1932, aproximativ 800 milioane erau malarici. Acolo unde s'ar

Scanned with OKEN Scanner

părea că există o anumită rezistenţă organică faţă de malarie, este vorba de fapt de o infecţiune masivă în prima copilărie, care conferă o imunitate aparentă pentru mai târziu. O rezistenţă faţă de hematozoar, rezistentă care să se transmită prin ereditate, nu există. La Negrii din Africa de Vest indicele malaric la copiii din primul an al vieţii este uneori de 100% (101). In Camerun, nici un copil de Negru nu ar scăpa de malarie (102). Şi la copiii negri din Congo, s'a găsit un indice malaric până la 100%. S'ar părea că nici Chinezii nu posedă faţă de malarie o rezistenţă mai mare decât Europenii. Anamiţii ar rezista ceva mai bine la hematozoar. Japonezii sunt destul de receptivi (103).

Bolile de piele prezintă unele corelaţii cu factorul rasă (104). Pemphigus vulgaris şi xerodermia pigmentară ar fi mai răspândite la Evrei. Psoriasisul pare că este mai răspândit la rasa albă şi mai rar la Negri (105) şi la rasa galbenă (106). La Negri se constată foarte des cheloide (104). Varicele se întâlnesc frecvent la rasa nordică şi mult mai rar la Mongoli. Tuberculoza cutanată este mult mai rară în America de Nord şi în Australia decât la populaţiile europene (107). Evreii ar prezenta destul de rar tuberculoza cutanată (104); în schimb ei ar prezenta o anumită predispoziţie la furunculoză şi alte boli supurative ale pielii, explicabile şi prin predispoziţia lor la diabet. La Negri se înâlneşte rar acneea vulgară şi acneea rosacee (108).

Inrîurirea factorului rasă asupra *bolilor sistemului nervos* a făcut obiectul a numeroase studii, printre care cel al lui *B. Kihn* din Erlangen (109). Encefalita epidemică ar fi până la un punct caracteristică rasei albe (109). De asemenea paralizia infantilă. Scleroza multiplă ar fi răspândită la rasa anglo-saxonă. La Japonezi, scleroza multiplă ar fi aproape neexistentă. După unii autori *(J. Bauer)* s'ar îmbolnăvi mai des de sclerozâ multiplă indivizii debili. Boala este frecventă în Europa de Nord şi de mijloc; este însă rară în Italia (110). Afecţiunile reunite sub numele general de miatrofii cronice ar fi foarte răspândite în America de Nord, Germania şi Franţa, mai rare la popoarele slave *(Marburg)*. Evreii ar prezenta des miatrofii cronice (109) şi miatonia congenitală (111), ca şi paralizia agitantă. După *Kihn* coreea Huntington ar surveni de predilecţie la tipul rasial mixt nordico-dinaric şi relativ rar la Evrei. La aceştia se observă însă deseori ticurile organice şi atetoza dublă. Caracteristica rasială a idioţiei amaurotice, care se întâlneşte aproape exclusiv la Evrei, este suficient cunoscută. Epilepsia miodonică s'ar întâlni localizată la populaţiile de pe coastele Mării Nordului şi Mării Baltice. Paralizia agitantă ar fi destul de răspândită în Anglia şi în America de Nord. Hemicraniile şi nevralgiile s'ar întâlni într'o proporţie mai mare la Evrei.

Legăturile dintre rasă şi afecţiunile *metasifilitice* (tabesul şi pa-

ralizia generală) au dat loc la numeroase lucrări, sistematizate în expunerea lui *Kurt Beringer* (112). Este de remarcat că, pe când sifilisul reprezintă o boală cu răspândire universală, tabesul şi paralizia generală se întâlnesc destul de rar la popoarele extra-europene. La indigenii din Algeria, sifilisul se constată în numeroase cazuri, dar tabesul şi paralizia generală nu se întâlnesc aproape de loc; în schimb matasifilisul ar fi foarte frecvent printre Evreii algerieni. In Turcia, cercetătorii au constatat raritatea afecţiunilor metasifilitice, prin contrast cu marea frecvenţă a sifilisului, mai ales la populaţia rurală (113). La populaţia din insulele Java, ca şi la indigenii din Transvaal, nu s'a găsit nici paralizie generală, nici tabes. Aceste afecţiuni metasifilitice ar fi în schimb foarte răspândite la unele popoare, precum sunt Ungurii (112). Se tinde azi a se admite că de fapt o rezistenţă generalizată a anumitor rase faţă de metasifilis nu există; există însă variaţii după rase, ale simptomatologiei paraliziei generale. Astfel, la Evrei, simptomele de excitaţie, iluziile sensoriale, manifestările ipohondrice şi simptomele erotice ar fi mai frecvente, fapt explicabil prin activitatea afectivă mai intensă (114). Simptomatologia prezintă corelaţii şi cu tipul constituţional al individului; tabeticii sunt mai răspândiţi printre indivizii astenici, iar paraliticii generali printre persoanele musculoase şi obeze (115). Mulţi autori consideră azi că, într'un caz dat, probabilitatea pentru un sifilitic de a deveni metasifilitic atârnă nu numai de factorul rasă, ci de acţiunea combinată a mai multor factori: rasă, agent patogen, influenţe exogene (112).

Bolile mintale prezintă netăgăduite legături cu factorul rasă. Multe necunoscute persistă însă în acest domeniu, aşa încât *Schottky* (116) observă, într'o recentă punere la punct, că nu avem încă o psihopatologie a raselor. Enunţări cu caracter general, precum predispoziţia Evreilor la boli mintale, nu sunt suficiente, iar susţinerea că bolile mintale ar fi extrem de rare la popoarele primitive a fost tăgăduită prin constatări recente. S'au mai făcut adesea confuzii între înrîurirea factorului rasă şi cea a factorilor de mediu. Câteva constatări sunt totuşi relativ bine fixate până în prezent. Schizofrenia este mai frecventă la populaţiile nordice, blonde şi cu ochii albaştri (117). Distribuţia bolilor mintale pe teritoriul Germaniei ar prezenta un evident paralelism cu distribuţia trunchiurilor rasiale primitive (118); în regiunile unde domină rasa falică se întâlnesc formele paranoide şi parafrenice ale schizofreniei; formele catatonice ar caracteriza rasele preasiatice şi dinarice, iar formele hebefrenice rasa mongolă. Forma hebefenică ar fi răspândită la Evrei (119). După o statistică întocmită la populaţia din Astrahan, caracterizată prin conlocuirea mai multor

rase, s'a găsit schizofrenie în proporţia cea mai mare la Armeni, apoi la Evrei, Ruşi, Tătari, Persieni, Calmuci şi Chirghizi (120). Contrar de ce se credea altădată, schizofrenia este destul de răspândită la rasele primitive. In ce priveşte psihoza maniaco-depresivă, s'ar părea că la populaţia din nordul şi nord-vestul Germaniei este mai rară decât în sudul Germaniei. Stările de melancolie ar fi foarte răspândite la Germani şi Scandinavi, apoi la Slavii din Nord. Rasa latină ar fi mai predispusă la manie. Psihoza maniaco-depresivă este incontestabil răspândită la Evrei (121), formele clinice sunt din cele mai variate. Epilepsia esenţială este de fapt răspândită pe întreg globul, dar gradul de frecvenţă diferă; epilepsia ar fi mai răspândită la Italieni şi la Slavii de sud, decât la Germani şi la Slavii de nord (122); ea este rară la Evreii din Europa, fapt cunoscut încă dela *Charcot* (123). Ungurii şi Românii ar avea mai mulţi epileptici decât Saşii din Transilvania. La rasa galbenă ca şi la Negri de altfel, epilepsia ar fi destul de răspândită (116).

Patologia specială a *femeii* ar prezenta unele legături cu factorul rasă. Anemia gravidică ar fi foarte frecventă în India. Femeile blonde ar fi mai predispuse la emoragii post-partum, fapt tăgăduit însă de mulţi autori. Rupturile perineale ar fi mai frecvente la femeile americane, după care urmează Englezele, Germanele, Francezele, iar la la sfârşit Danezele (124). Retroflexiunea uterului ar fi foarte răspândită la femeile din Java şi din China de sud, precum şi la Negrese. La acestea din urmă ar avea o mare frecvenţă miomele şi chistele dermoide ale ovarului; după unii autori o treime şi chiar o jumătate din Negresele din America de Nord, trecute de 50 de ani, ar avea miome. Chistele ovariene ar fi rare în India, Ceylon şi Australia. Cancerul uterin ar fi de două ori mai răspândit la Negresele din America de Nord, decât la populaţia albă conlocuitoare. La femeile indiene, cancerul genital s'ar întâlni foarte rar, pe când la femeile din Java şi din Malaesia ar fi tot atât de frecvent ca şi la Europene. La Evreice cancerul uterin ar fi puţin frecvent, pe când cel al ovarelor ar fi mai răspândit. In total se poate spune că cercetările întreprinse până azi îngădue doar a se pune bazele unei geografii ginecologice şi obstetricale, din care rămâne ca mai târziu să se desvolte o patologie rasială la acest capitol (125).

Patologie oculară. O boală tipic legată de factorul rasă este hemeralopia congenitală coexistând cu decolorarea fundului ochiului, aşa zisa boală a lui Oguchi; se întâlneşte în Japonia. Conjunctivita granuloasă ar fi mai răspândită, după unii autori, la rasele de culoare,

Scanned with OKEN Scanner

însă mulţi autori tind a atribui rolul preponderent ambianţei climatice, igienice şi culturale (126). Glaucomul ar fi frecvent la Evreii din Rusia şi Polonia, pe când la Chinezi ar fi rar (126). Cataracta senilă s'ar întâlni în mare număr în Indiile Britanice. Relativ la miopie, se admite că ea este mult mai puţin răspândită la popoarele primitive. Cercetări întreprinse la Negrii din Africa (127) au arătat că 5% din cei examinaţi au prezentat o miopie de grad uşor. Miopia este însă foarte răspândită la populaţia Egiptului, unde ar fi vorba de o debilitate moştenită a polului posterior al ochiului. Astigmatismul ar fi mai rar la Arieni decât la Evrei.

In ce priveşte *patologia urechii,* unele constatări trebuesc consemnate (128). Exostozele osului timpanic şi care iau proporţii de excrescenţe tumorale, se întâlnesc frecvent la Englezi. O statistică a arătat următoarea gradaţie a exostozelor conductului auditiv extern, în ordinea descrescândă, după rasă: Americani, Australieni, Egipteni, Negrii din Africa, Asiatici, Europeni (129). Rasa americană cea mai predispusă la exostoze este a vechilor locuitori din Peru. Gradul de desvoltare a celulelor mastoidiene prezintă o anumită legătură cu morfologia craniului; mastoida este mai bogată în celule la craniile scurte şi mai săracă în celule la craniile dolicocefale (128). Surdomutitatea prezintă o frecvenţă variabilă după ţări : în Olanda, Belgia, Anglia, Danemarca, Franţa, Spania şi Italia, ea ar fi puţin răspândită, pe când în Suedia, Norvegia, Elveţia, surdo-mutitatea s'ar întâlni mai frecvent. Nu s'ar putea spune întrucât intervine aici un factor rasial.

In cadrul *rinologiei,* este de remarcat constatarea că la triburile primitive de Negri din Africa şi Oceania, nu se întâlneşte ozena. Rasa galbenă ar fi cu deosebire predispusă la ozena. Lupusul nazal este rar în ţările tropicale (130).

In cancerologie, se poate admite ca probabilă o intervenţie a factorului rasă, dar problema nu este încă bine studiată, datele fiind puţine şi nesigure (131). Unii autori admit că rasa nordică este mai predispusă la cancer decât cea mediteraneană. Cancerul mamar ar fi mai rar la femeile japoneze decât la cele europene, în schimb cancerele digestive ar fi mai frecvente la Japonezi. Distribuţia geografică a mortalităţii prin cancer în Europa arată că această mortalitate creşte dela sud spre nord, aşa încât în Danemarca depăşeşte îndoitul celei din Italia (14,4 mortalitatea prin cancer în Danemarca, faţă de 6,3 în Italia, la 10.000 locuitori).

Scanned with OKEN Scanner

VI. STUDIUL FACTORILOR CARE COMPROMIT VALOAREA BIOLOGICĂ A DESCENDENȚEI (FACTORII DISGENICI)

Studiul eredității și al fiziopatologiei raselor fiind pus la baza științei eugeniei, este necesar — pentru realizarea celei de a doua etape: normalizarea eugenică a colectivităților — a se urmări factorii variați care pot compromite valoarea biologică a elementelor procreate. Acești factori pot fi grupați în două mari categorii: a) factorii *endogeni* (boli cu transmisiune ereditară, factori infecțioși și factori toxici); b) factori *de mediu* sau *peristatici*.

Cunoscând în detaliu acțiunea fiecăruia din acești factori, se pot deduce măsurile practice pe care eugenia modernă trebue să le aplice, asupra grupurilor mai vaste sau mai restrânse.

A. Factori endogeni

1. *Boli cu transmisiune ereditară*

Massa ereditară își exercită înrîurirea necontestată în transmiterea grupului de boli fizice și psihice reunite sub termenul general de disgenii.

Uneori sunt predispoziții și boli organice manifeste, care alterează profund valoarea biologică și socială a individului, ca și a familiei. Alteori este vorba de boli mintale caracterizate sau de psihoze sau de profunde deficiențe de structură psihică ce crează fondul constituțional favorabil izbucnirii criminalității.

La extremitatea cealaltă a valorilor umane, este de menționat că uneori ereditatea crează elemente supradotate, indivizi de valoare intelectuală, artistică, politică, etc., supranormală. Aceștia sunt expresiunea superioară a valorii calitative a unei populații și reamintim că cercetările asupra elementelor supradotate au fost promovate de însuși întemeietorul eugeniei, *Galton*.

Revenind la grupul disgenicilor, ei provin în bună parte din purtătorii unor boli degenerative bine definite și a căror transmisiune pe cale ereditară a putut fi destul de amănunțit studiată, atât prin cercetări asupra gemenilor, cât și prin metoda cu caracter empiric, des utilizată (pentru că duce la rezultate destul de concludente), și anume: se compară de o parte un grup de descendenți ai purtătorilor unor anumite boli ereditare, de altă parte un grup de populație biologic normală și de aceeași importanță numerică (ca grupul descendenților din bolnavi ereditari); se precizează cât de răspândită este tara respectivă în fiecare din cele două colectivități studiate.

Scanned with OKEN Scanner

a. Debilitatea mintală

Debilitatea mintală este unul din factorii degenerativi de cea mai mare importanţă pentru eugenie. In general debilii mintali au o vitalitate apreciabilă şi o prolificitate care depăşeşte pe cea a indivizilor normali; autorii admit că debilitatea mintală este una din cauzele cele mai importante ale proceselor de contra-selecţiune a raselor şi etniilor.

Noţiunea „debilitate mintală" trebue luată în înţelesul ei cel mai cuprinzător: totalitatea stărilor de deficienţă mintală, dela gradele cu totul uşoare, trecând prin numeroasele forme de imbecilitate şi ajungând la stările de idioţie profundă. Debilitatea mintală se însoţeşte adesea de turburări grave în celelalte sfere ale activităţii psihice: turburări ale sentimentului şi ale voinţei, alterări în concepţiile etice elementare, etc.

Intensitatea transmisiunii ereditare a debilităţii mintale, cu alte cuvinte proporţia de descendenţi din debili mintali care prezintă şi ei aceeaşi tară, variază după cum este vorba de un singur părinte bolnav sau de ambii.

In cazul când *numai unul din părinţi* este debil mintal, tara se transmite asupra urmaşilor în proporţii variat indicate după autori. Astfel, după autorii germani care au studiat problema debilităţii mintale, în 1933, în legătură cu indicaţiile care se puneau în vederea aplicării sterilizării, proporţia de transmitere ereditară ar fi de 35%—50%. După alţi autori, trebue făcută distincţia între cazul când mama este debilă mintală şi cazul când tatăl este purtător al acestei tare: pentru ereditatea paternă intensitatea transmisiunii ereditare ar varia dela 10,7% la 22,2%, iar pentru ereditatea maternă intensitatea de transmisiune ereditară ar fi mult mai mare, mergând dela 14% la 41,7% şi chiar uneori până la 76,9% (132). In fine, cu prilejul reuniunii Asociaţiei germane a neurologilor şi psihiatrilor ţinută la Frankfurt am Main, s'a considerat intensitatea transmisiunii ereditare după gravitatea debilităţii mintale, stabilindu-se că: atunci când unul din părinţi este înapoiat în grad uşor, 5,5% din copii ar fi de asemenea înapoiaţi în grad uşor şi alţi 5,5% ar fi debili mintali propriu zişi; dacă unul din părinţi este debil mintal propriu zis, 15% din copii ar fi înapoiaţi în grad uşor, 9% debili mintali propriu zişi şi 3% imbecili; dacă unul din părinţi este imbecil, 10% din copii ar fi înapoiaţi în grad uşor, 8% ar fi debili mintali şi 11% imbecili (133).

Atunci când *ambii* părinţi sunt debili mintali, intensitatea de transmisiune a tarei ar merge dela 77% până la 90%. Acest fapt concordă cu constatarea asupra gemenilor univitelini procreaţi de debili mintali, la care tara se transmite în proporţie de 88% (134). După rela-

tările mai recente făcute la congresul din 1936, la Frankfurt am Main, proporţia debililor mintali printre copiii descinzând din ambii părinţi debili mintali, ar fi de 61,54% (133).

Cercetările s'au extins şi asupra *ascendenţilor* debililor mintali, făcându-se constatarea că la ascendenţi întâlnim adesea, nu debilitate mintală, ci variate tare: psihopatii, boli mintale, epilepsie, criminalitate, alcoolism, sifilis. In această privinţă sunt importante rezultatele cercetărilor, unele mai vechi, altele recente (132).

Cercetări întreprinse la începutul acestui secol, în familiile de copii debili mintali care urmau cursurile şcolilor medico-pedagogice sau auxiliare, au arătat proporţii de taraţi în ascendenţa acestor copii, care variau între 11% şi 36%. Ulterior însă, cercetările fiind făcute cu mai multă precizie, s'a constatat că frecvenţa diferitelor tare la ascendenţii debililor mintali este mai ridicată: în general depăşeşte 50%. Intr'o anchetă asupra şcolarilor debili mintali din Hanovra proporţia de ascendenţi cu tare a fost găsită 56,8% (în anul 1933); în 1935, la elevii debili mintali din Gelsenkirchen, proporţia ascendenţilor cu tare a fost găsită 61,26%. In acelaşi an, la Hildesheim, proporţia ascendenţilor taraţi a fost găsită 63,6% (135).

După unii autori, proporţia de ascendenţi cu tare ar merge până la 76% (136).

Cercetările asupra transmiterii tarei la *colaterali* au dat până în prezent următoarele rezultate:

Fraţii-surorile debililor mintali ar fi purtători ai tarei în 17% din cazuri, iar nepoţii de frate şi soră ar fi de asemenea debili mintali în 10% din cazuri (137).

Cercetări genealogice făcute în 1930 în Turingia au arătat că la rudele debililor mintali se întâlneşte debilitate mintală în următoarele proporţii: la fraţi-surori 31,48%, la unchi 7,7%, la nepoţi de frate 11,39% (138).

Alte cercetări, făcute în 1934 în Germania, au găsit următoarele proporţii de debilitate mintală la rudele debililor mintali: la fraţi-surori 30%, la fraţi-surori vitrege 33%, la unchi şi mătuşe 13%, la veri şi verişoare 12% (132).

Importante sunt cercetările asupra elevilor din şcolile medico-pedagogice, precum şi asupra copiilor care rămân în mai multe rânduri repetenţi şi din care o parte sunt debili mintali sau au această tară în ascendenţă. Din elevii şcolilor medico-pedagogice, peste 46% au fost găsiţi cu părinţi debili mintali (139).

In ce priveşte situaţia rudelor acelor persoane care în timpul şcolarităţii au fost în mai multe rânduri repetenţi, investigaţii făcute în 1935 în Germania au dus la rezultate interesante. Au fost exami-

nate numai persoanele care au rămas cel puţin de două ori repetente în decursul primilor 5 ani de şcolaritate (140).

DISGENICII PRINTRE COLATERALII ELEVILOR REPETENŢI IN MOD TENACE

	Debili mintali	*Div. psihoze*	*Psihopaţi*
Printre fraţi-surori de elevi normali	6,06%	6,82%	15,5 %
Printre fraţi-surori ai repetenţilor care nu sunt debili mintali	13,64%	—	4,55%
Printre fraţi-surori ai repetenţilor uşor înapoiaţi mintali	15,25%	1,7 %	8,47%
Printre fraţi-surori ai repetenţilor debili mintali	22,6 %	6,38%	15,07%
Printre fraţi-surori ai repetenţilor imbecili	27,88%	6,45%	7,88%

Făcând media tuturor acestor categorii, se conchide: printre fraţii-surorile persoanelor care au rămas mulţi ani repetente în şcoală, 23,21% sunt debili mintali, 5,31% purtători de psihoze şi 10,46% psihopate.

Mai trebue reţinut, din acest tabel, că, faţă de 6,06% debili mintali printre fraţii şi surorile elevilor normali, se ajunge la 27,88% taraţi la fraţii-surorile repetenţilor imbecili. Dar şi printre fraţii-surorile repetenţilor care nu sunt debili mintali se întâlnesc 13,64% debili mintali, ceeace înseamnă că repetentul, dacă el însuşi este normal, provine însă într'o parte din cazuri din familii cu tare.

In ce priveşte *răspândirea debilităţii mintale într'un grup de populaţie*, în populaţia unei provincii sau a unei ţări de exemplu, se admite în general coeficientul 1%. Considerând proporţiile menţionate pentru descendenţii din debili mintali, rezultă că la aceştia tara ar fi de 50—90 ori mai răspândită decât la populaţia globală a unei ţări (141).

b. Schizofrenia

Schizofrenia prezintă o mare varietate de simptome. Aşa se explică numeroşii termeni sub care este denumită: demenţă precoce, demenţă simplă, demenţă paranoidă, catatonie, hebefrenie, parafrenie. Eugeniştii germani, în statisticile lor, au adoptat termenul general de „sfera schizofrenică".

Schizofrenia se caracterizează printr'o desintegrare caracteristică a personalităţii: turburări de caracter, turburări de voinţă, halucinaţii şi iluzii, curiozităţi de comportare şi expresie.

Unele date relativ la schizofrenie au fost sintetizate în anul 1934, odată cu punerea în aplicare a legii sterilizării, în Germania. S'a arătat mai întâi că două treimi din cazurile de schizofrenie aparţin grupei de vârstă *15—30 ani;* deosebit de pierderea ce rezultă de aici pentru biologia naţiunii (indivizi aflători în bună parte în perioada de randament), consecinţa cea mai gravă din punct de vedere eugenic este

că majoritatea schizofrenicilor se află la vârsta vieţii genitale intense şi deci a procreaţiei (30).

In ce priveşte transmisiunea ereditară, datele publicate în 1933 arătaseră: dacă unul din părinţi este schizofrenic, 9%—10% din copii vor avea această tară, 17,6% vor fi psihopaţi schizofrenoizi şi 22.6% purtători de alte anomalii mintale; în total deci, 49% din descendenţii schizofrenicilor sunt elemente disgenice. In cazul când ambii părinţi sunt schizofrenici, situaţia eugenică a descendenţilor ar fi următoarea: 53% din copii schizofrenici şi 29% psihopaţi schizofrenoizi, deci în total 82% din copii sunt disgenici (30).

Transmiterea tarei are loc şi în *linie colaterală*. După unii autori, fraţii-surorile schizofrenicilor prezintă şi ei această tară în 7,5% din cazuri, iar în 9.66% din cazuri sunt psihopaţi schifrenoizi şi în 16,3% din cazuri purtători de diverse anomalii mintale. Cu alte cuvinte, 33,4% din fraţii-surorile individului schizofrenic sunt elemente disgenice (137).

Din *nepoţii* (de fiu) ai schizofrenicilor, 2,42% ar fi şi ei schizofrenici, 4,65% psihopaţi schizofrenoizi şi 27% purtători de diverse anomalii mintale. Cu alte cuvinte, schizofrenicii ar da *în a treia generaţie*, încă o proporţie de 25% elemente disgenice (137).

Faţă de proporţia de 10% schizofrenici în cazul când unul din părinţi este bolnav de această tară şi de 53% când ambii părinţi sunt bolnavi, este de menţionat că — în populaţia *globală* a unei ţări — procentul de schizofrenici nu depăşeşte 0,85%.

Pericolul transmisiunii ereditare persistă şi atunci când este vorba de forme cu totul uşoare, fruste. Oricât de scurtă este uneori criza de schizofrenie, şi chiar dacă individul s'a încadrat ulterior complect în viaţa socială, transmiterea ereditară a tarei poate să aibă loc.

In ce priveşte modalitatea de transmisiune ereditară a schizofreniei, *Lenz* a ajuns în anul 1937 la concluzia că în general modalitatea este cea de tip dominant; într'o cincime din cazuri schizofrenia se transmite ca atare, iar în restul de patru cincimi se transmite ca psihopatie schizoidă (142).

Alţi autori, referindu-se la faptul că numai la 5%—6% din părinţii schizofrenicilor se întâlneşte schizofrenie ca atare, conchid că această boală ereditară ar fi mai rar dominantă, şi mai frecvent de tipul recesiv (143).

S'a discutat mult asupra naturii manifestărilor schizofrenice. Se pare că aceste manifestări apar pe baza unor leziuni organice primare ale creerului, fiind vorba de o ereto-degenerescenţă cerebrală. Alteori se poate ca schizofrenia să fie expresia unor leziuni secundare, eventual toxice, consecutive afecţiunilor altor organe, de exemplu ale ficatului, tubului gastro-intestinal, glandelor endocrine. Anatomo-patologic, procesul schizofrenic s'ar caracteriza prin distrucţia păturilor superioare extrem de diferenţiate ale scoarţei cerebrale (144).

Scanned with OKEN Scanner

Cercetările din ultimul timp au mai pus în evidență unele fapte în legătură cu schizofrenia și formele ei de manifestare (143).

Ar fi predispuse la această boală mintală în special tipurile aparținând *constituției schizotimice.*

Acest tip constituțional s'ar caracteriza printr'un amestec bizar de excitabilitate și depresiune. Tendința la conflicte cu ambianța este permanentă. Lipsa de adaptare de asemenea. „Comportarea într'altfel decât massa normală a oamenilor, pare a fi elementul vital al schizofrenicilor" (143). Deseori se constată la acești indivizi alternanțe între ură și simț de răzbunare de o parte, supunere oarbă de cealaltă parte.

Eugeniștii contimporani reunesc în grupa schizofreniilor, următoarele manifestări și afecțiuni psihiatrice : demențele paranoide, paranoia lui Kraepelin, parafrenia lui Kraepelin, paranoia abortivă a lui Gaupp. Uneori intră tot în cadrul schizofreniilor: halucinoza alcoolicilor și delirurile numite prin inducțiune (143).

Alături de schizofrenii, s'a individualizat grupa *schizopatiilor,* în care ar intra: delirul de gelozie al alcoolicilor, stările paranoide ale debililor mintali, delirul presenil, psihoza paranoidă a cocainomanilor, psihopatia paranoidă.

S'a susținut, de către unii autori, că schizofrenia ar recunoaște în etiologie *infecțiunea tuberculoasă.* Schizofrenia ar trebui privită ca o metatuberculoză (prin analogie cu manifestările metasifilitice). In ultimul timp, această teorie nu mai este admisă. S'ar putea cel mult ca tuberculoza să intervină ca un factor extrinsec, favorizator al izbucnirilor de schizofrenie.

Anatomo-patologic, s'a pus în evidență un caracter comun tuberculozei și schizofreniei. In tuberculozele cu evoluție letală există o incapacitate a organismului de a forma țesut conjonctiv în cantitate suficientă și de aceea focarele tuberculoase nu se mai pot cicatriza. Acest „cerc patologic al debilității conjonctive" ar fi condiționat ereditar și s'ar întâlni frecvent în spitele de schizofrenici, după *Luxenbunger* (143).

Efectele disgenice ale schizofreniei, într'un grup dat de populație, ar fi mult atenuate grație a doi factori care intervin : *a)* nupțialitatea scăzută a acestor tarați, *b)* prolificitatea lor de asemenea redusă (145).

Nupțialitatea la viitorii schizofrenici atinge de abia 50% din nupțialitatea populației normale de aceeaș vârstă. La schizofreniciii cercetați după ce s'au îmbolnăvit, nupțialitatea este numai o șesime din cea a populației normale.

In ce privește *prolificitatea,* ea este pentru bărbații schizofrenici numai de 50%, iar pentru femeile schizofrenice numai de 25% din prolificitatea populației normale. Aceste date au fost obținute prin cercetări asupra unei populații prolifice. In grupurile de populație, însă, la care domină denatalitatea (așa cum este în momentul de față situațiunea pentru masse importante ale populației urbane și chiar ale celei rurale), *prolificitatea schizo-*

frenicilor — în raport cu prolificitatea populației normale — devine mult mai mare, și anume: a bărbaților schizofrenici până la trei pătrimi și a femeilor până la 50% din prolificitatea populației normale (145).

Concluzia pentru eugenia practică este foarte importantă: deși celibatul și redusa prolificitate a schizofrenicilor este de natură să limiteze întru câtva pericolul disgenic al acestei tare, în populațiile contimporane — caracterizate prin denatalitate — acest pericol rămâne totuși destul de mare.

Unele cercetări duse în ultimul timp, asupra unor grupe limitate de populație, au adus contribuții precise la cunoașterea intensității transmisiunii ereditare a schizofreniei.

Intr'o serie de cercetări s'au găsit următoarele proporții de tarați și netarați (146):

SITUAȚIA EUGENICĂ A DESCENDENȚILOR (CU VÂRSTA PESTE 20 ANI) DIN PĂRINȚI SCHIZOFRENICI

Descendenți normali	37,3%
„ schizofrenici	7,8%
Descendenți psihopați schizoizi	48,0%
Descendenți bolnavi de alte psihoze	4,9%

Investigații făcute în anul 1932, în Silezia, asupra unui număr de 488 descendenți ai schizofrenicilor, au arătat următoarea situație a lor: normali 46,6%, schizofrenici 8,4%, psihopați schizoizi 13,1%, bolnavi de diverse alte psihopatii 20,3% (147).

Rezultate interesante, pentrucă sintetizează situațiile descendenților în raport cu însăși formele clinice ale schizofreniei, au fost publicate în anul 1938 (148).

FRECVENȚA SCHIZOFRENIEI ȘI A PSIHOPATIILOR SCHIZOIDE LA DESCENDENȚII (TRECUȚI DE 20 ANI) INDIVIZILOR SCHIZOFRENICI

	Pentru toți descendenții examinați	*Pentru descendenții din hebefrenici*	*Pentru descendenții din catatonici*	*Pentru descendenții din paranoizi*	*Pentru descendenții din hebefrenici și catatonici la un loc*
Schizofrenici	16,4%	20,7%	21,6%	10,4%	20,9%
Psihopați schizoizi	32,6%	31,9%	30,2%	35,6%	31,4%

Reunind toate aceste date asupra descendenților de primă generație, ai schizofrenicilor (este vorba de un total de 2811 descendenți trecuți de vârsta de 20 ani), *Luxenburger* calculează numărul schizofrenicilor (face deci abstracție de stările înrudite, schizoizi, etc.) ca fiind 152. Putem deci conchide că intensitatea de transmitere ereditară a schizofreniei ca atare, în prima generație, ar fi de aproximativ 6%.

Același autor, sintetizând datele publicate până în 1940, relativ

la *descendenţii de a doua generaţie* (nepoţi), ai schizofrenicilor, ajunge la următoarea concluzie : din 1350 descendenţi cercetaţi (a doua generaţie), 12 au fost schizofrenici, 1 suspect de schizofrenie, 47 psihopaţi schizoizi, 151 bolnavi de alte diverse psihopatii, 4 cu psihoze neschizofrene şi 98 debili mintali (149).

Rezultă de aici că schizofrenia provoacă, într'o proporţie relativ apreciabilă, disgenii şi în a doua generaţie.

In ce priveşte *strănepoţii* schizofrenicilor, cercetările întreprinse până în prezent au arătat că se întâlnesc printre ei o oarecare proporţie de schizoizi şi debili mintali, dar *nu se întâlnesc schizofrenici* (147) şi (143).

Pentru precizarea stadiului actual al cunoştinţelor noastre asupra transmisiunii ereditare a schizofreniei, este instructiv următorul tabel redat de *Luxenburger,* pe baza totalizării rezultatelor examinării a 12.000 descendenţi din indivizi schizofrenici (150) :

SITUAŢIA DESCENDENŢILOR SCHIZOFRENICILOR

	Descendenţi schizofrenici	*Descendenţi schizoizi*
Copii	22,2%	44,2%
Nepoţi de fiu	4,1%	18,7%
Nepoţi de frate-soră	2,4%	6,9%
Strănepoţi		5,3%
Strănepoţi de frate	2,2%	2,6%
Veri şi verişoare	2,4%	13,4%
Pentru populaţia globală	1,2%	3,9%

Deducem, din aceste cifre care reprezintă ultimele date ale investigaţiilor : probabilitatea de transmitere ereditară a schizofreniei în prima generaţie merge până la 22,2%, în a doua generaţie până la 4,1% ; în plus, descendenţii sunt schizoizi până la 44,2% în prima generaţie şi până la 18,7% în a doua generaţie.

c. Psihoza maniaco-depresivă sau ciclică

Această boală ereditară se caracterizează prin izbucniri periodice, constând fie în pericade de excitaţie veselă sau anxioasă, fie în perioade de depresiune cu inhibiţie a motilităţii. De multe ori perioadele de excitaţie maniacală alternează cu cele de depresiune melancolică. Durata bolii este lungă. După o perioadă de excitaţie sau de depresiune survine vindecarea aparentă, care însă este temporară. O nouă perioadă de boală urmează.

In timpul izbucnirilor bolii funcţiunile inteligenţei rămân neatinse. Halucinaţiile şi iluziile sunt frecvente ; de asemenea excitaţiunile sexuale. Mulţi maniaco-depresivi au tendinţă manifestă la sinucidere.

Psihoza maniaco-depresivă pare a fi fost cunoscută din timpuri vechi Studiul ştiinţific datează însă din secolul al XIX-lea, când *Falret* a descris „la folie circulaire" şi *Baillarger* „la folie à double forme". Cele mai mari contribuţii la cunoaşterea bolii au fost aduse de psihiatrul german *Kraepelin,* care

a dat definiția fundamentală: „pshioza maniaco-depresivă cuprinde pe de o „parte întreg domeniul așa numitei psihoze periodice și circulare, pe de altă „parte mania simplă și majoritatea tablourilor simptomatologice denumite prin „termenul melancolie; în fine grupăm în psihoza maniaco-depresivă, și anu„mite turburări ușoare ale dispoziținii generale a individului, care pot con„stitui treapta de trecere spre turburările grave" (151).

Intensitatea transmisiunii ereditare — în psihoza maniaco-depresivă — este destul de mare. După rezultatele care s'au publicat în Germania în anul 1933, rezultă că, atunci când unul din părinți este bolnav de psihoză maniaco-depresivă, 32,5% din copii vor prezenta și ei această tară; dar, în plus, 17,3% din copii sunt psihopați cicloizi și 13% sunt purtători de alte anomalii mintale, așa încât se poate spune că 62,8% din descendenții de primă generație — în familiile unde unul din părinți este maniaco-depresiv — sunt disgenici (30).

Dacă *ambii* părinți sunt maniaco-depresivi, 90%—100% din copii sunt disgenici.

Lucrările cele mai recente ale autorilor germani, asupra mecanismului transmisiunii ereditare a psihozei maniaco-depresive, conchid: „Această psihoză reprezintă psihoza tipică ereditară" (152).

Luxenburger, sistematizând rezultatele cercetărilor efectuate de diferiți autori până în 1937, a întocmit următorul tabel asupra proporțiilor de transmitere ereditară a psihozei maniaco-depresive sau „sferei ciclotimice", în familiile acestor tarați (152):

PROCENTELE ÎN CARE SE TRANSMITE PSIHOZA CICLICĂ

	Maniaco-depresivi	*Stări ținând de sfera ciclotimică*
La copii	24,1%	12,5%
La nepoți de fiu-fiică	3,4%	4,5%
La nepoți de frate-soră	2,4%	2,0%
La veri-verișoare	2,5%	1,0%
La frați-surori	12,7%	2,7%
Proporțiile de maniaco-depresivi *în populația globală*	*0,44%*	*0,8%*

Aceste proporții sunt mai scăzute decât cele indicate în anul 1933, de către autorii care au precizat normele de aplicare a legii sterilizării; ele arată însă în schimb că intensitatea transmiterii tarei în a doua generație și la colaterali este încă apreciabilă.

In ce privește transmiterea la prima generație, precum și la colaterali, date amănunțite recente au adus noi precizări (153).

SITUAȚIA COPIILOR MANIACO-DEPRESIVILOR

	Copil maniaco-depresiv	*Copil psihopat aparținând sferei ciclotimice*
Dacă ambii părinți sunt maniaco-depresivi	38,7%	50,0%
Dacă un părinte este maniaco-depresiv și celalt psihopat ciclotimic	29,6%	17,9%
Dacă un părinte este maniaco-depresiv și celalt normal	30,6%	14,5%

SITUAȚIA COLATERALILOR (FRAȚI-SURORI, NEPOȚI ȘI NEPOATE DE FRATE-SORĂ) MANIACO-DEPRESIVILOR

	Colaterali maniaco-depresivi	*Colaterali cu manifestări aparținând sferei ciclotimice*
Dacă cel puțin unul din părinții colateralului este maniaco-depresiv sau aparține sferei ciclotimice	16,1%	5,1%
Dacă unul din părinți este bolnav de altă boală mintală	7,6%	3,8%
Dacă ambii părinți sunt normali	3,4%	2,3%

Ultimele cercetări, publicate în 1940, au ajuns la concluzia că, în ce privește transmiterea psihozei maniaco-depresive ca atare (exceptând stările înrudite ale sferei ciclotimice), la descendenții de *primă generație*, are o intensitate de minimum 37% (154).

Este neîndoelnic că un anumit tip constituțional predispune la psihoza maniaco-depresivă și anume *tipul picnic*, descris de *Kretschmer*: desvoltare apreciabilă a capului, toracelui și abdomenului, țesut grăsos abundent ila trunchiu, desvoltare mai redusă a membrelor, figură largă, gât scurt, iar în ce privește constituția psihică: indivizi fie comunicativi și veseli, fie calmi și greu sociabili. După toate probabilitățile, tipul picnic cu caracteristicile psihice descrise, deci tipul predispunător la psihoza maniaco-depresivă, *se transmite ereditar*.

Cercetări făcute asupra unui grup de 1361 bolnavi ciclotimici, în Germania, au arătat următoarea repartiție a tipurilor constituționale la acești bolnavi (152):

Tipul constituțional	*Procentul din totalul maniaco-depresivilor*
Picnici	63,6%
Leptozomi	19,2%
Musculari	6,7%
Displastici	1,1%

Rezultă evident preponderența numerică a tipurilor picnice.

d. Epilepsia ereditară

Cadrul nozologic al epilepsiei ereditare cuprinde, pentru eugenist, totalitatea sindromelor comițiale transmisibile prin ereditate și manifestându-se prin accese al căror substrat anatomo-patologic își

are sediul cerebral. Epilepsia ereditară trebue bine delimitată faţă de toate celelalte boli convulsive, în majoritate dobândite (155).

Nu intră deci în cadrul epilepsiei ereditare: spasmofilia, accesele convulsive consecutiv traumatismelor intrauternie şi intranatale, accesele consecutiv traumatismelor cerebrale, epilepsia sifilitică, alcoolică, cocainică, etc., accesele convulsive datorite tumorilor cerebrale.

După rezultatele cercetărilor publicate în 1933 în Germania, epilepsia s'ar transmite descendenţilor în proporţie de 25% atunci când unul din părinţi este purtător al acestei tare, şi în proporţie mergând până la sută la sută când ambii părinţi sunt bolnavi de epilepsie ereditară (30).

Dacă se consideră transmisiunea numai în prima generaţie şi se iau în considerare rezultatele cercetărilor pe grupe restrânse, deci cele mai precise, proporţiile de transmisiune ereditară apar mai reduse; după *Luxenburger* 9% din copiii epilepticilor ereditari ar fi şi ei epileptici, după *Lenz* şi *Hoffmann* 10%, după *Wildermuth* 19% (141).

In ce priveşte colateralii epilepticilor ereditari, unii autori admit procentul de 3% epileptici, 19% purtători de psihopatii epileptoide şi 16% prezentând diferite anomalii psihice; cu alte cuvinte, 38% din colaterali ar fi elemente disgenice. In ce priveşte situaţia eugenică a nepoţilor şi nepoatelor de frate (ai epilepticilor ereditari): 0,4%—1% ar fi epileptici, 16% psihopaţi epileptoizi, 12% bolnavi de diferite psihoze, în total deci 29% elemente disgenice (30).

Prin comparaţie, se notează că în populaţia globală a unei ţări proporţia de epileptici ereditari este de 3—5‰. Media obţinută prin cercetări parţiale asupra grupelor de populaţie din diferite regiuni ale Germaniei a fost de 3,9 epileptici la mia de locuitori (156).

In anul 1937 sintetizându-se rezultatele cercetărilor asupra descendenţilor epilepticilor, făcute până la acea dată în Franţa, Germania şi Statele-Unite, s'a ajuns la concluzia că epilepsia ereditară s'ar transmite ca atare numai în 5,9% din cazuri (156).

Cercetări amănuntite asupra unui grup de 1944 copii de epileptici, efectuate în Germania (în Bavaria şi Würtemberg), au adus precizări şi mai amănunţite asupra transmisiunii ereditare a acestei boli. Părinţii copiilor examinaţi au fost divizaţi în trei grupe: epileptici idiopatici, epileptici simptomatici şi o grupă intermediară. Situaţia eugenică a copiilor acestor bolnavi a fost urmărită nu numai din punctul de vedere al epilepsiei, ci şi al celorlalte tare pe care le prezentau (157).

Scanned with OKEN Scanner

Starea eugenică a copiilor	*Copiii epilepticilor idiopatici*	*Copiii epilepticilor din grupa intermediară (suspecți)*	*Copiii epilepticilor simptomatici*
Epileptici	6,0%	2,7%	1,6%
Debili mintali	16,5%	6,3%	2,5%
Psihoze diverse	3,7%	0,9%	—
Comportări anormale	8,4%	3,4%	0,7%
Purtători de anomalii morfologice	13,5%	11,4%	5,1%
Stări funcționale anormale	8,2%	3,1%	6,7%

Este de reținut, pe de o parte proporția relativ mai redusă a transmiterii epilepsiei ca atare, pe de altă parte proporțiile destul de importante ale copiilor care, fără a moșteni dela părinți epilepsia, prezintă însă diferite alte manifestări cu caracter mai mult sau mai puțin disgenic. Este important în special faptul că peste 16% din copiii epilepticilor au fost debili mintali.

In ce privește situația biologică a *colateralilor* epilepticilor, se găsesc printre aceștia epileptici în următoarele proporții: printre frați-surori 3,7%, printre nepoții de frate 1,3% (158).

Recent, autorii germani au sintetizat astfel proporțiile de transmitere ereditară în epilepsii (159):

PROPORȚIILE DE EPILEPTICI PRINTRE RUDELE EPILEPTICILOR EREDITARI

La copii	6—8%
La frați-surori	4%
La nepoți de frate	1—2%

O constatare ce se verifică permanent: epilepsia ereditară este mult mai răspândită în clasele inferioare ale societății. Explicația constă în fenomenul de observație curentă: cumulul de tare, la aceste clase. Epilepticul suferă în general repede o degradare pe scara socială și în câmpul muncii; el este forțat a se căsători cu o persoană de asemenea tarată; copiii sunt astfel influențați în sens disgenic de către ambii părinți; ei își vor alege la rândul-lor soții disgenice; se produce astfel o neîncetată acumulare de disgenici în păturile inferioare, iar în rândul acestor elemente epilepticii sunt foarte numeroși (156).

e. Coreea ereditară

In anul 1871, autorul american *George Huntington* a descris pentru prima oară simptomele caracteristice formei de coree care de atunci îi poartă numele: *coreea Huntington*. Mai este cunoscută sub numele de *coreea cronică progresivă ereditară*, precum și sub numele de *coreea ereditară a adulților*.

Coreea ereditară sau coreea Huntington se transmite după modalitatea *dominantă*. Spre deosebire de alte forme de coree, ea apare

în perioada matură a vieţii; statisticile arată că în 58,2% din cazuri coreea Huntington se instalează în grupa de vârstă 31—45 ani; în 94% din cazuri apariţia bolii are loc între 21—60 ani; numai în 5% din cazuri coreea Huntington se constată la indivizi sub 20 ani (160). Se admite, de către eugeniştii contimporani, că prolificitatea coreicilor este mai mare decât prolificitatea medie a populaţiei globale. S'a mai constatat că, în unele spiţe de coreici, numărul naşterilor gemelare este ridicat. Influenţa disgenică a acestei boli rezultă deci din trei factori: frecvenţa ei în grupele de vârstă ale maximului de randement social, prolificitate relativ ridicată, frecvenţa sarcinilor gemelare.

In unele cazuri de coree Huntington apar mai întâi turburările de motilitate caracteristice (mişcări involuntare, nemotivate, necorespunzând niciunui scop, hipercinezii, atetoze, mioclonii, instabilitatea coreiformă a autorilor francezi), iar în urmă se instalează simptomele psihice. In alte cazuri, ordinea este inversă: mai întâi apar turburările psihice, pe urmă cele de motilitate. In fine, într'o a treia categorie de cazuri turburările musculare şi cele psihice se instalează simultan (160).

In ce priveşte simptomele psihice, ele se caracterizează prin instabilitate şi lipsă de inhibiţie. Unii autori au căutat să dividă coreicii în: tipuri impulsive, tipuri labile, tipuri hipertimice, etc. Oricum, turburările psihice intervin cu o parte importantă în tabloul simptomatologic al coreei Huntington, iar unii autori le-au reunit sub numele de „coreopatie" (161).

Coreea Huntington are o intensitate de transmitere ereditară destul de mare. După datele publicate în Germania în 1933, 50% din descendenţii coreicilor ar prezenta şi ei această tară (30).

In anul 1913, autori anglo-saxoni au studiat transmiterea ereditară a coreei Huntington, asupra unui grup de 962 bolnavi şi 3000 rude de diverse grade ale acestora. De atunci, s'a constatat că această tară se transmite după modalitatea dominantă (162).

Cu 6 ani mai târziu, în 1921, autorii germani au ajuns la aceleaşi concluzii, arătând cum, în spiţele de coreici Huntington, boala se transmite neîntrerupt dela părinţi la copii, de-a-lungul mai multor generaţii consecutive (163).

In anul 1925, cercetări făcute în Statele-Unite asupra unui număr de 603 descendenţi de primă generaţie, a 218 coreici Huntington, arătaseră: 16% din aceşti descendenţi muriseră în prima copilărie, 25,7% erau normali, *26,8% erau coreici* şi 30,8% nu atinseseră încă vârsta la care de obiceiu se manifestă boala; este de admis că şi printre aceştia din urmă o parte au prezentat ulterior simptomele tarei (164).

In ce priveşte transmiterea bolii la colaterali, cercetări efectuate în Suedia, în 1936, au arătat că proporţia colateralilor (fraţi-surori) care prezintă şi ei coreea Huntington, merge până la 55% (165).

Aceste cercetări, efectuate asupra populației din două circumscripții din Suedia cuprinzând 12.500 locuitori, au dus la descoperirea a 88 cazuri sigure de coree Huntington la această populație. Interesant este faptul că 50 din acești 88 coreici aparțineau la 21 familii, care *toate descindeau dintr'o pereche comună de strămoși din secolul al XVIII-lea.* Alți 27 coreici aparțineau la 12 familii, care de asemenea descindeau dintr'o pereche comună de strămoși ce trăise în secolul al XVIII-lea. In fine, restul de 11 cazuri aparțineau la 7 familii care au putut fi urmărite în ascendență până în prima jumătate a secolului al XIX-lea, găsindu-se că descind din trei perechi de coreici care trăiseră la acea epocă.

O statistică vastă, efectuată asupra tuturor bolnavilor de coree Huntington care au fost spitalizați în decurs de 40 ani în clinicile psihiatrice și în sanatoriile din Bavaria, a arătat că această tară se transmite la descendenți în proporție de 35 %, iar alți 16,2 % sunt suspecți de coree Huntington (166).

Aceste cercetări au mai confirmat faptul că modalitatea de transmitere a eredității în această tară, este cea a eredității dominante.

f. Cecitatea ereditară și afecțiunile ereditare ale ochiului

In noțiunea de „cecitate ereditară", eugeniștii contimporani au grupat o întreagă serie de boli și anomalii ale ochiului, care, transmițându-se prin ereditate, duc fie la cecitatea totală, fie la scăderi considerabile ale funcțiunii vizuale (30).

Numărul turburărilor și anomaliilor oculare transmisibile ereditar este foarte mare, iar cercetările întreprinse în ultimul timp, de către autorii germani în special, au îngăduit o sistematizare destul de corespunzătoare scopurilor de eugenie practică, în acest domeniu.

O primă grupă este formată din malformații datorite inhibiției proceselor de desvoltare embrionară și fetală: colobome, microftalmie, anoftalmie, aniride, criptoftalmie (167).

O afecțiune importantă din punctul de vedere eugenic este *glaucomul.* Procesul eredității este preponderent în glaucomul infantil sau *hidroftalmie;* în glaucomul adultului, ereditatea joacă un rol mai redus (168).

Din 187 cazuri de hidroftalmie (glaucom infantil) cercetate la clinica oftalmologică din Tübingen, 172 cazuri erau ereditare. In 135 cazuri, afecțiunea a fost bilaterală, în 37 cazuri unilaterală.

Afecțiunea este mai frecventă la băieți (168).

După majoritatea autorilor, hidroftalmia ereditară se transmite prin modalitatea recesivă. S'a mai constatat că la ascendenții acestor bolnavi ereditari, consangvinitatea este frecventă. Boala apare adesea la frați-surori dintr'o aceiași familie, fără ca părinții să prezinte vreun simptom suspect: o verificare a recesivității.

Scanned with OKEN Scanner

Alte afecţiuni oculare transmisibile ereditar: distrofia granuloasă a corneei, care se transmite după modalitatea dominantă; distrofia maculoasă a corneei, după modalitatea recesivă; distrofia reticulată a corneei, după modalitatea dominantă (169).

Anumite afecţiuni ale cristalinului se transmit deasemenea prin ereditate. Astfel, luxaţia congenitală a cristalinului se transmite după modalitatea dominantă ; după aceeaşi modalitate se transmite sindromul lui Marfan (ectopia cristalinului coexistentă cu arachnodactilia) şi dislocarea spontană ereditară a cristalinului. Alte afecţiuni se transmit recesiv: ectopia cristalinului coexistând cu ectopia pupilei, apoi microfakia sau sferofakia ereditară (dimensiuni foarte reduse ale cristalinului).

Un grup important este format din *opacifierile ereditare ale cristalinului*. Aici intră: cataracta ereditară, cataracta congenitală, cataracta polară anterioară, cataracta polară posterioară, cataracta cristaliformă, cataracta zonulară. Mai bine cunoscut este mecanismul eredităţii pentru cataracta congenitală (ereditate uneori dominantă, alteori recesivă) şi pentru cataracta polară posterioară (ereditate de tip dominant) (170).

In ce priveşte cataracta presenilă, modalitatea de transmitere este cea recesivă. Este neîndoelnic că şi cataracta senilă (începând din al 6-lea deceniu al vieţii) se transmite uneori ereditar, dar modalitatea nu este încă bine studiată,

Albinismul este o altă afecţiune oculară care se transmite ereditar, şi anume — după stadiul actual al cercetărilor — prin modalitatea recesivă (171).

Se deosebeşte: *a)* un albinism total, când pigmentul lipseşte în toate ţesuturile în care în mod normal ar trebui să existe, în piele, păr, ochi, etc. *b)* un albinism parţial, când pigmentul lipseşte numai într'un anumit organ. Albinismul ocular (albinismus solum oculi, al autorilor germani) aparţine acestei din urmă categorii. Lipsa de pigment coexistă cu o serie de turburări: fotofobie, nistagmus, diverse anomalii de refracţiune, etc.

Acromatopsia sau cecitatea totală pentru culori se însoţeşte de un complex de simptome: scăderea acuităţii vizuale, fotofobie, nistagmus, etc. Afecţiunea este ereditară, transmiţându-se după modalitatea recesivă (172).

Cecitatea parţială pentru culori cuprinde grupe importante de turburări: indivizii care nu pot percepe culoarea roşie (protanopi), cei care nu pot percepe culoarea verde (deuteranopi) şi cei care nu pot percepe albastrul-galbenul (tritanopi). Frecvenţa indivizilor cu cecita-

Scanned with OKEN Scanner

tea parţială a culorilor ar fi următoarea: 8% pentru bărbaţi şi 0,44% pentru femei (173).

Cecitatea parţială a culorilor ar fi deci o afecţiune destul de răspândită. Modalitatea de transmisiune ereditară este cea recesivă condiţionată de sex; femeile servesc drept conductoare, ca şi în hemofilie.

Alte numeroase afecţiuni oculare au o transmisiune ereditară: retinita pigmentară, retinita punctată albescentă, corioideremia, hemeralopia congenitală idiopatică (care se transmite atât după modalitatea dominantă cât şi după modalitatea recesivă condiţionată de sex), heredo-degenerescenţa maculei (de asemenea transmisibilă atât recesiv cât şi dominant), gliomul retinei, diferite afecţiuni ereditare ale nervului optic.

Atrofia familială a nervului optic a fost descrisă încă în anul 1871 de către *Leber*. Afecţiunea este în special răspândită la bărbaţi între 18 şi 25 ani. Este întotdeauna bilaterală.

O formă specială a atrofiei nervului optic este aceea care se observă, ca parte componentă a simptomatologiei, în idioţia amaurotică sau *boala Tay-Sachs*. Atrofia nervului optic coexistă cu turburări grave cerebrospinale, care se instalează în primul an al vieţii. Cecitatea devine la un moment dat totală, iar bolnavii sucombă de obiceiu în al doile-al treilea an al vieţii. Boala apare *familial* şi se întâlneşte în majoritatea cazurilor la Evrei (61 din 86 cazuri studiate în Germania).

O altă formă a atrofiei nervului optic este cea descrisă de *Spielmeyer* şi *Stock*, apărând familial, la copii din grupa de vârstă 4—15 ani.

Boala se caracterizează prin orbire, convulsii, abrutizare, fenomene paralitice. Moartea survine cel mai târziu la finele deceniului al doilea al vieţii.

Se mai menţionează afecţiunea rară, numită boala lui Pelizaeus-Merzbacher, asemănătoare idioţiei amaurotice.

Diferitele *vicii de refracţiune* au în bună parte caracter de transmisiune ereditară. Hipermetropia, astigmatismul, miopia, se instalează într'o bună parte din cazuri, pe un fond de predispoziţie ereditară.

Cercetătorii contimporani au ajuns, în ce priveşte *miopia*, la următoarea concluzie: „Părerea care domina altădată, că miopia ar fi datorită lucrului de „aproape, nu mai poate fi menţinută; *importanţa eredităţii în apariţia miopiei „este neîndoelnică;* miopia se transmite după reguli mendeliene şi reprezintă în „majoritatea cazurilor o afecţiune de tip *recesiv*" (175).

Strabismul pare, după autorii contimporani, a se transmite după modalitatea recesivă. Cazurile de transmisiune ereditară ar reprezenta peste 50 % din totalitatea strabicilor (176).

O cercetare efectuată în Germania, în 1922. asupra unui număr de 365 copii strabici. a arătat că strabismul la fraţii şi surorile acestor copii s'a întâlnit în proporţie de 15,4%, pe când la populaţia globală proporţia strabicilor nu depăşeşte 2% (177).

g. Surditatea ereditară

După sistematizarea făcută de autorii contimporani, intră în noţiunea de „surditate ereditară" următoarele afecţiuni: surdo-mutitatea recesivă, surditate ereditară a urechii interne, atrezia ereditară a conductului auditiv şi otoscleroza (178).

Surdo-mutitatea recesivă se întâlneşte în special în regiunile de munte, izolate şi unde consangvinitatea este frecventă.

Se pare că în Elveţia se află cea mai mare proporţie de surdo-muţi în raport cu populaţia. La o populaţie de 4 milioane, se înregistrează 10.000 surdo-muţi, din care 5000 ereditari; proporţia surdo-muţilor ereditari este deci de 1,2 la mia de locuitori. In Germania, această proporţie nu este decât 0,23 la mie; după *Lenz* numai o treime din surdo-muţi ar fi ereditari în Germania (178).

Dat fiind modalitatea recesivă a transmiterii, este foarte ridicat numărul purtătorilor *latenţi* ai tarei; în Elveţia ar fi 100.000 astfel de purtători, iar în Germania 1.550.000.

In surdo-mutitatea recesivă, urechea externă şi mijlocie, precum şi timpanul, sunt normale ; leziunile se găsesc în special în melc şi în organul lui Conti (179).

Cercetări făcute în ultimul timp au permis să se precizeze în amănunţime mersul eredităţii în această afecţiune, şi anume: căsătoria între un surdo-mut recesiv şi o femee normală duce la procrearea de copii normali; căsătoria între doi surdo-muţi are drept rezultat copii surdo-muţi în proporţie de sută la sută; în fine, căsătoria între doi indivizi cu auzul normal, dar purtători latenţi ai tarei, dă copii surdo-muţi în proporţie de 25% (180).

Surditatea ereditară a urechii interne este o afecţiune care se transmite după modalitatea dominantă; adesea surditatea apare după naştere, dar într'o parte din cazuri există congenital, luând forma surdo- mutităţii.

Anatomo-patologic, este vorba de o inhibiţie în desvoltarea melcului osos, ale cărui spirale sunt foarte reduse în număr.

Atrezia ereditară a conductului auditiv prezintă grade variate,

Scanned with OKEN Scanner

până la formele extreme care coexistă cu microtia (atrofia urechii externe) sau chiar anotia (lipsa totală a pavilionului urechii). Apariţia familială a acestei afecţiuni a fost notată în mai multe rânduri (178).

Otoscleroza constă în leziuni ale sistemului osos al urechii, consecutiv cărora se instalează surditatea.

Ţesutul osos normal este înlocuit prin ţesut de neoformaţie. Se formează astfel focarul de otoscleroză, numită încă osteodistrofie fibroasă sau osteodistrofie otosclerotică. De remarcat că otoscleroza poate să se instaleze uneori dela o vârstă destul de tânără. Otoscleroza este de fapt mai frecventă decât am putea deduce după examenul clinic din timpul vieţii; leziunile rămân adesea fără manifestări clinice.

Se pare că femeile sufer mai des de otoscleroză decât bărbaţii (181).

Focarul leziunii îşi poate avea sediul în variate regiuni ale capsulei labirintice, iar mărimea lui este de asemenea variabilă. De aici şi intensitatea mai mare sau mai mică a simptomelor.

In cazuri tipice urechea externă şi cea medie sunt normale, iar în 85% din cazuri conductul auditiv este foarte dilatat, timpanul este subţire şi transparent la extrem.

Otoscleroza începe în general în epoca pubertăţii, alteori — la femei — după sarcină, alteori consecutiv unor excese, sau diferitelor influenţe externe. Simptomatologic, este caracteristică dificultatea de conducere a sunetului spre centrii de percepţie; cu alte cuvinte percepţia auditivă este mai întârziată. Aceasta se întâmplă mai ales pentru sunetele joase. Otoscleroza este o afecţiune în general bilaterală.

Diagnosticul clinic este destul de dificil (182).

Otoscleroza este o afecţiune ereditară, care se transmite fie după modalitatea dominantă, fie uneori după modalitatea recesivă. S'au putut întocmi arbori genealogici cu familii de otosclerotici în care afecţiunea s'a transmis după tipul dominant

h. Malformaţii fizice ereditare

Nanismul este un complex simptomatologic care recunoaşte factori etiologici foarte variaţi. Limita inferioară a staturii, sub care ar începe nanismul, a fost fixată de unii autori la: 130 centimetri pentru bărbaţi, 121 centimetri pentru femei (183).

Complexul simptomatologic cel mai bine cunoscut este *condrodistrofia*, caracterizată prin inhibiţia în desvoltarea cartilajului de creştere, în timpul vieţii intrauterine, aşa încât membrele sunt foarte scurte (micromelie) şi basinul mult îngustat.

După cercetările cele mai recente, în 25% din cazuri boala este familială şi se transmite după modalitatea dominantă (184).

In ce priveşte *gigantismul*, el se poate transmite ereditar într'o parte din cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Arahnodactilia se caracterizează prin următoarele simptome: segmentele membrelor şi în special degetele sunt anormal de lungi şi de subţiri, ochiul prezintă anomalii (deplasări ale cristalinului), cordul prezintă leziuni congenitale, iar coloana vertebrală un număr de incurbaţiuni patologice. Afecţiunea se transmite după modalitatea dominantă (183).

Exostozele multiple se transmit după modalitatea dominantă. Boala este de 2—3 ori mai frecventă la bărbaţi decât la femei.

Fragilitatea ereditară a oaselor, provocată de deficienţa de osificare periostală, se prezintă sub două forme: *a)* osteogeneza imperfectă, afecţiune congenitală; b) osteopsatiroza, afecţiune care se manifestă în vârsta tânără

Adesea fragilitatea ereditară a oaselor coexistă cu alte două simptome: coloraţia albastră a scleroticii şi deficienţa auzului.

Boala se transmite după modalitatea dominantă; în unele familii a putut fi urmărită constant de-a-lungul a 5 generaţii consecutive (184).

Disostoza cleido-craniană se caracterizează prin leziuni ale claviculelor şi craniului; se transmite ereditar după modalitatea dominantă.

Intr'o parte din cazurile de *astenie* fizică (torace îngust şi turtit, cord de dimensiuni reduse, ptoză viscerală, laxitate musculară, capacitate de randament foarte limitată), se notează transmisiunea ereditară după modalitatea dominantă. De asemenea, transmisiune ereditară se notează şi în numeroase cazuri de *infantilism*.

Buza de iepure şi *gura de lup* sunt anomalii care astăzi se întâlnesc mai frecvent, din cauză că mulţi copii — care altădată sucombau imediat după naştere — supravieţuesc astăzi graţie intervenţiilor chirurgicale. De unde mai înainte se înregistra în mediu un caz de astfel de anomalii pentru 1500 noi-născuţi, astăzi se înregistrează două cazuri. Anomalia se transmite ereditar după modalitatea neregulat dominantă (183).

La al 17-lea congres internaţional de antropologie şi arheologie preistorică, ţinut la Bucureşti în 1937, am comunicat următorul caz: mama purtătoare de buză de iepure; din cei 7 copii, 4 au prezentat gură de lup şi au sucombat în prima copilărie; un al cincilea a sucombat consecutiv unei meningite; al şaselea copil, normal; al şaptelea, în viaţă de asemenea, prezenta gură de lup (185).

Un număr de *anomalii ale dinţilor* (desvoltare insuficientă, depărtare prea mare între incisivi, etc.) se pot transmite ereditar.

Spina bifida, caracterizată prin defectul de osificaţie al arcurilor vertebrale care face ca să fie o soluţie de continuitate în peretele canalului vertebral, poate fi deschisă (aperta) sau ocultă, adică nevizi-

Scanned with OKEN Scanner

bilă la exterior. Spina bifida aperta ar fi în proporţie de 1 la mia de noi-născuţi, iar spina bifida oculta în proporţie de 15—17 la suta de indivizi, deci destul de răspândită (183).

Cercetările noi au îngăduit stabilirea următoarelor tipuri de spina bifida: rahischisis total, când de-a-lungul întregei coloane vertebrale lipseşte peretele posterior al canalului; rahischisis parţial (care la rândul său poate fi cu sau fără prolabarea măduvei spinării, iar alteori dă naştere la mielomeningocel): spina bifida oculta, fără participarea sistemului nervos central (186).

Spina bifida se întâlneşte în mod obişnuit la vertebrele lombare.

Ereditatea joacă un rol important în apariţia spinei bifida.

In *scolioza rachitică*, ereditatea de tip dominant se întâlneşte adesea (183).

Hipospadias prezintă adesea o transmisiune după modalitatea dominantă.

Luxaţia congenitală a articulaţiei coxo-femurale prezintă o transmisiune ereditară după tipul dominant, într'o proporţie relativ redusă din cazuri (7%).

In ce priveşte frecvenţa acestei afecţiuni, ea ar fi de 2—4 la mie la fete, şi numai de 1 la 2000—3000 la băieţi (183).

Piciorul strâmb varietatea varus este o afecţiune care se transmite ereditar în majoritatea cazurilor. Uneori transmisiunea se face după modalitatea recesivă, alteori după modalitatea dominantă. S'a constatat că părinţii acestor bolnavi sunt adesea înrudiţi consangvin, aşa încât este de admis că modalitatea recesivă este cea mai frecventă.

Sindactilia se transmite după modalitatea dominantă; de asemenea *polidactilia*. *Brachidactilia* este şi ea o afecţiune ereditară.

2. *Factorii infecţioşi*

A doua grupă a factorilor endogeni cu acţiune disgenică este reprezentată de *factorii infecţioşi*, din cari cei mai importanţi sunt: sifilisul, tuberculoza, malaria.

a. Infecţiunea sifilitică

Fie că este vorba de transmiterea directă a infecţiunii specifice dela procreator asupra produsului concepţiunii, fie că este vorba de manifestările parasifilitice la descendenţi (întârzieri în desvoltare, deformaţiuni, distrofii, turburări nervoase, etc.), acţiunea disgenică a sifilisului este manifestă.

Este de menţionat în primul rând că sifilisul matern provoacă,

în 50 % din cazuri, naşteri premature, iar dacă ambii părinţi sunt purtători ai unei infecţiuni specifice recente întreruperea spontană a sarcinii are loc frecvent şi de timpuriu. Sifilisul matern prezintă, pentru calitatea biologică a descendenţei, o importanţă mult mai mare decât sifilisul patern; transmiterea infecţiunii, dela mama netratată sau insuficient tratată, asupra fătului, are loc în proporţie până la 84% (187).

Când ambii părinţi sunt sifilitici netrataţi, infecţiunea se transmite descendenţilor într'un procent mergând până la 92% din cazuri.

Mortalitatea prin sifilisul congenital este un puternic factor disgeneizant. In viaţa extrauterină, copilul poate deceda: fie în perioada intranală; fie în primele zile sau săptămâni după naştere (prin starea de distrofie şi atrofie sau prin leziuni viscerale); fie în primele luni, ca şi în întreg decursul primilor doi ani ai vieţii, din cauza rezistenţei organice în general diminuate. O statistică franceză a arătat că în Franţa ar muri anual, prin sifilis congenital, aproximativ 100.000 copii (188).

Se admite, de unii autori, că, atunci când se transmite în generaţii succesive (sifilis de a treia generaţie), boala s'ar atenua destul de mult în manifestările ei; s'a vorbit despre o „infiltraţie sifilitică în linie descendentă", greu de recunoscut şi prin aceasta periculoasă din punctul de vedere medico-social (188).

Pentru purtătorul de sifilis congenital, un factor important de disgenie este constituit de localizările asupra sistemului nervos central, care determină deficienţe psihice grave. Clinicienii sunt de acord, că, astăzi, deficienţele intelectuale şi psihice rezultând din sifilisul congenital prezintă aspecte mult mai grave, pentru medicina socială în general, în eugenie în special, decât consecinţele leziunilor somatice (189).

Leziunea cea mai importantă este hidrocefalia sifilitică, având la bază o meningită seroasă şi desvoltându-se progresiv în decursul primelor 3—5 luni ale vieţii.

In general se admite că, deosebit de transmiterea directă a infecţiunii dela procreator la copii, trebue luată în considerare acţiunea toxică a virusului, care provoacă un număr de disgenii, cunoscute sub numele de turburări parasifilitice sau metasifilitice.

In statistica profesorului *Fournier*, asupra unui număr de 428 copii parasifilitici ereditari, s'a constatat infantilism în 45 cazuri, diverse leziuni osoase în 43 cazuri, turburări nervoase în 39, leziuni ale craniului în 36, leziuni auriculare în 13, leziuni oculare în 42 şi leziuni dentare în 36 cazuri (187).

Investigaţii întreprinse în Bucureşti, asupra a 100 familii la care mani-

festările parasifilitice apăruseră după 3—10 ani dela căsătorie, au arătat: sterilitate în 23% din cazuri, iar din rest, 34% avorturi, 30% copii morți în primele zile după naștere și deci numai 36% din copii rămași în viață (190).

Cercetări făcute asupra unui alt grup, de 56 familii metasifilitice, au arătat: 17 familii cu sterilitate; restul de 39 familii au avut 87 sarcini. Aceste 87 sarcini au dat: 3% avorturi, 3% nașteri premature, 6% născuți morți și 68% copii viabili, dar cu diverse stigmate (190).

Pericolul disgenic al sifilisului ,cu toate progresele realizate în instituirea profilaxiei și tratamentului în massele populației, este încă apreciabil în momentul de față. Statistici pe plan internațional, alcătuite în deceniul 1920—1930, pentru un număr de țări din cele mai evoluate, arătaseră că morbiditatea prin sifilis variază între un minim de 2,1 (Suedia) și un maxim de 16,5 (Elveția) la 10.000 locuitori. Minimul și maximul se referă la grupul limitat de țări anchetate, și anume : Germania (13,2), Cehoslovacia (13,8), Danemarca (6,3), Suedia (2,1), Norvegia (5,2 sifilitici la 10.000 locuitori) (191).

Răspândirea infecțiunii sifilitice este mult mai mare în țările agricole, mai puțin evoluate din punctul de vedere al culturii și organizării. Statisticile publicate pentru Rusia, în anul 1927, arătaseră o proporție de 30 purtători de sifilis primar și secundar, la 10.000 locuitori (la această morbiditate se adaogă morbiditatea prin leziunile terțiare și manifestările parasifilitice (192).

In România, după evaluări recente (pentru 1939), proporția de bolnavi sifilitici ar fi de 3% din populația globală (193).

In 1940, investigații amănunțite, bazate pe rezultatele seroreacțiunii, au fost făcute într'un număr de plăși rurale ale unei regiuni din România (județul Turda). Procentul de infecțiuni specifice a fost găsit între un minim de 3,39% și un maxim de 17,28%, după comunele anchetate. S'a mai constatat că procentul de pozitivitate a sero-reacțiunii este mai ridicat la femei : 12,15% față de 9,98% la bărbați. Explicația : femeile sunt purtătoare de sifilis ignorat, într'o proporție mult mai mare (196).

Astfel de proporții ridicate se regăsesc și pentru alte regiuni din sudul și estul Europei, precum și în Asia. Detailând amintita statistică relativ la Rusia, se constată că, dintr'un total de 451.363 sifilitici înregistrați în 1927, 213.615, deci aproximativ 50%, aparțineau *populațiilor din anumite regiuni*. Deci, în aceste regiuni, proporția de bolnavi specifici este mult mai ridicată decât proporția indicată pentru Rusia întreagă (192).

Important, din punctul de vedere eugenic, mai este de a se cunoaște *probabilitatea de a contracta sifilisul după grupe de vârstă* In Statele-Unite, datele dela instituțiile oficiale antivenerice fiind transpuse asupra unei grupe teoretice de 100.000 indivizi, născuți toți în același an, au rezultat următoarele proporții în care sifilisul este contractat după grupe de vârstă (194) :

Până ce împlinesc	24	ani,	se	îmbolnăvesc	de	sifilis	991	(la	100.000	loc.).
„	„	„	29	„	„	„	„	„	6264	„	„	„
„	„	„	34	„	„	„	„	„	7875	„	„	„
„	„	„	39	„	„	„	„	„	8803	„	„	„
„	„	„	44	„	„	„	„	„	9700	„	„	„
„	„	„	49	„	„	„	„	„	10123	„	„	„

Este de reţinut, din această statistică, faptul că, în decursul vieţii productive (până la 49 ani împliniţi), aproximativ una din 10 persoane contractă sifilisul, deci este supusă influenţelor disgenice, mai apropiate sau îndepărtate, ale acestui factor infecţios.

Proporţia în care se manifestă disgenia, pentru individul bolnav (abstracţie făcând deci de consecinţele asupra descendenţii), se pot deduce tot din această statistică: fenomenele de neurosifilis s'au întâlnit la 17% din cei netrataţi, la 10% din cei insuficient trataţi şi la 1,6% din cei suficient trataţi.

Cercetări duse în Germania, tot relativ la infecţiunea sifilitică pe grupe de vârstă, tind să arate că proporţia de contaminări în decursul vieţii productive este mai redusă decât cea din Statele-Unite; din 100.000 persoane, 3629 ar contracta sifilisul până la vârsta de 49 ani (195).

Cercetări recente făcute în mediul rural al unor ţări, prezintă de asemenea importanţă eugenică, prin faptul că pun în evidenţă procente importante de bolnavi specifici, din care o parte purtători de sifilis ignorat.

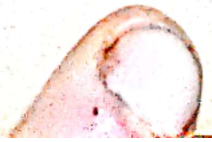
b. Infecţiunea gonococică

Acţiunea disgenică a infecţiunii gonococice rezultă din *sterilitatea* ce apare la un mare număr de femei consecutiv inflamaţiei organelor genitale interne. In al doilea rând, datorită procesului de endometrită gonococică, survine adesea avortul sau facerea prematură.

Aprecieri mai precise asupra acţiunii disgenice a infecţiunii gonococice, pot fi deduse din următoarele fapte statistice: 50% din infecţiunile gonococice ale femeilor nu parvin niciodată la cunoştinţa medicului, iar din infecţiunile cronice de asemenea majoritatea trec nesesizate.

In Germania, în 1927, la 100 blenoragici, în general, s'au găsit 4,7 cazuri cronice la bărbaţii din grupa de vârstă de 15—19 ani, pe când la femeile de aceeaşi vârstă, s'au găsit 17,6 cazuri cronice, iar în grupele de vârstă următoare proporţiile au fost: 4,9 la bărbaţi şi 22,0 la femei (197).

Aproximativ 20% din infecţiunile gonococice feminine se propagă la căile genitale superioare. Circa 40% din numărul global al cazurilor de sterilitate la femei ar fi datorite inflamaţiilor genitale, iar dintre acestea 40% ar fi provocate de infecţiunea gonococică (197).



In ce privește frecvența infecțiunii gonococice în raport cu cifra totală a populației feminine dintr'o anumită regiune, ea ar fi de 10%—28%; deci până la o treime din populația feminină este supusă acțiunii disgenice a acestui factor (198).

c. Tuberculoza

Factor orientator pentru acțiunea disgenică a tuberculozei, este studiul eredității în această boală. Fără ca problema eredo-tuberculozei să fie încă clarificată în momentul de față, este important de menționat cele câteva fapte cunoscute.

La om, este greu de admis că poate rezulta o infecțiune ovulară, prin spermul tatălui tuberculos. Majoritatea autorilor conchid că nu avem fapte pozitive care să demonstreze că un tată bacilar ar putea procrea un copil de asemenea bacilar.

In schimb, nu poate fi pusă la îndoială posibilitatea infecțiunii bacilare pe cale *transplacentară*.

Incepând din a treia lună a sarcinii, infecțiunea tuberculoasă se poate transmite, dela mamă la făt, prin placentă. Deși rare, aceste cazuri trebuesc luate în considerare și ele prezintă uneori o importanță eugenică.

După unii autori, s'ar întâlni într'un număr de cazuri, infecțiunea bacilară a copilului *chiar în momentul facerii*. Deoarece se produc atunci, prin contracțiile uterine puternice, soluții de continuitate în placentă, bacilii pot trece direct, dela mama tuberculoasă, în circulația sangvină a fătului.

Domnesc încă numeroase incertitudini și ipoteze contrarii în ce privește transmiterea ereditară a tuberculozei. Așa, de exemplu, unii autori susțin că descendenții din părinți tuberculoși, departe de a prezenta tuberculoză, ar poseda chiar un grad de rezistență față de această infecțiune și, în tot cazul, ar fi mai rezistenți decât copiii născuți din părinți sănătoși (199).

In anul 1934 s'au întreprins cercetări în Germania pentru a se stabili, comparativ, rolul factorilor ereditari și rolul factorilor de mediu în apariția și evoluția tuberculozei pulmonare. S'a ajuns la concluzia că, în epidemiologia tuberculozei, factorul individual și ereditar este mult mai puțin important decât factorii infecțioși și cei sociali (200).

In Franța au fost reluate, în anul 1935, studiile cu scop de precizare a rolului contagiunii de o parte, eredității de cealaltă parte. S'a arătat că problema eredității în tuberculoză a fost greșit pusă. Nu este vorba de a tăgădui existența contaminării transplacentare; este neîndoelnic că o mamă cu tuberculoză pulmonară evolutivă, deci cu descărcări intermitente de bacili, își poate

infecta fătul. Din punctul de vedere eugenic însă, este importantă următoarea chestiune: câți din tinerii care fac tuberculoza activă în preajma vârstei de 20 ani, au fost infectați în timpul vieții uterine? Răspunsul, bazat pe observațiunea în massă, este: foarte puțini din acești tineri (201).

Trebue să menționăm totuși că, după alți autori, transmiterea ereditară a tuberculozei nu ar fi atât de rară și deci ar avea o importanță eugenică. Unii afirmă chiar că ar exista două boli tuberculoase bine diferențiate: a) boala ereditară, care dă mai târziu tuberculoza obișnuită a adultului, deci infecțiunea ereditară ar juca un rol foarte important; b) boala prin contagiune postnatală, la copiii în prima vârstă și la populațiile primitive (202).

Problema tuberculozei ereditare a preocupat pe autorii germani în ultimul timp: prin aplicarea sterilizării preventive sau a oricărui alt mijloc care să împiedece procrearea din partea tuberculoșilor, s'ar putea oare obține, dacă nu dispariția, cel puțin atenuarea tuberculozei, pe națiune? In cazul contrar, măsurile de eugenie negativă devin inutile, aducând un grav prejudiciu social, căci pe de o parte se elimină dela perpetuare un număr important de elemente bine dotate, iar pe de altă parte se crează în masse o adevărată obsesie a sterilizării, de natură să compromită valoarea acestei măsuri. Considerându-se pe de o parte că tuberculoza este prin ea însăși o boală selectorie, în sensul că cei cu slabă rezistență mor adesea încă înainte de a ajunge la vârsta procreației, iar pe de altă parte faptul că în multe familii unde ambii părinți sunt tuberculoși, copiii rămân totuși indemni și evoluează normal, s'a ajuns la concluzia că eventuala adoptare a principiului sterilizării preventive a tuberculoșilor ar însemna un dezastru demografic (203).

S'a vorbit și despre o *eredo-distrofie tuberculoasă*. Dacă transmisiunea directă a germenului dela părinți la copii este rară, în schimb copiii din bacilari s'ar naște cu un teren distrofic, datorită unei impregnări tuberculinice a organismului prin toxinele mamei și făcând acest organism receptiv la tuberculoză. Acesta a fost punctul de vedere al lui *Landouzy*, care a susținut că femeile tuberculoase procrează adesea copii cu turburări de nutriție (atrepsici), leziuni cardiace, aplazie arterială, etc. *Calmette* pune însă la îndoială impregnarea tuberculinică a copilului de către mama tuberculoasă; tuberculina este o toxină greu dializabilă, și apoi se constată des că sugarii născuți din mame tuberculoase, dar ei înșiși fără leziuni tuberculoase, rămân complect insensibili la acțiunea tuberculinei.

Dacă, după stadiul actual al cercetărilor, transmisiunea ereditară a tuberculozei este rară, în schimb această boală exercită o puternică acțiune disgenică prin diminuarea biologiei individului bolnav. Numărul important al tuberculoșilor face să fie compromisă în parte

și biologia națiunii. In anul 1934 mortalitatea prin tuberculoză a variat, după țări, între un minim de 3,95 la 10.000 locuitori în Uniunea sud-africană și un maxim de 19,3 în Japonia. Țările în care mortalitatea prin tuberculoză a depășit proporția de 10 la 10.000 locuitori, au fost: Elveția 10,1, Lituania 10,2, Spania 11,1, Irlanda 11,7, Cehoslovacia 13,8, Grecia 14,5, Ungaria 15,2, Portugalia 16,6, România 17,0 la 10.000 locuitori (204).

d. Malaria

Malaria are uneori o influență nocivă asupra evoluției sarcinii și asupra condițiilor în care se desvoltă fătul. Avorturi, nașteri de copii morți și inhibiții în desvoltarea copiilor sugari, pot fi consecința paludismului mamei. Se admite că se poate produce infecțiunea intraovulară prin hematozoar. Acest parazit a putut fi găsit la embrion și la făt.

O statistică a lui *Pasquali* arată că, ditr'un grup de 31 sarcini la femei impaludate, trei s'au terminat prin avort și 25 prin nașteri premature; numai șase sarcini au putut fi duse la termen. Asupra unui alt grup, de 105 femei paludice, s'au înregistrat 12 avorturi, 61 nașteri premature și 32 nașteri la termen. In fine, o parte din copiii malaricilor, care supraviețuiesc, sunt debili, predispuși la rahitism și la tuberculoză (205).

Inrîurirea disgenică a malariei trebue luată în considerare în special în țările unde această boală socială este răspândită. In România morbiditatea anuală prin paludism este evaluată la 400.000 bolnavi. Deosebit de acțiunea disgenică asupra descendenților, este de menționat faptul că, după calculele făcute, acest număr de bolnavi provoacă, din cauza acceselor, o pierdere de aproximativ 6 milioane zile de muncă, pe an.

3. *Factori toxici*

Avem a lua în considerare, la capitolul factorilor toxici cu influență disgenică: alcoolismul și diverse alte toxicomanii.

a. Alcoolismul

Intoxicația alcoolică își exercită înrîurirea asupra produsului concepțiunii, fie că este vorba de alcoolismul cronic al procreatorilor, fie că este vorba de simpla beție acută în momentul procreației. Se admite în general că alcoolul provoacă scăderea capacității de reproducere. Alteori determină avorturi, iar în ce privește copiii ajunși la termen, ei se nasc cu scăderi fizice și psihice.

Scanned with OKEN Scanner

Din numeroasele turburări pe care le prezintă copiii procreaţi de alcoolici, sunt de menţionat: debilitatea fizică, deformaţii ale craniului şi dinţilor, impulsivitate, manii, fobii, halucinaţii, epilepsie, debilitate mintală mergând până la gradul de idioţie. După unele statistici, 60% din idioţii internaţi în instituţii ar fi descendenţi din alcoolici.

S'a semnalat şi acţiunea nocivă a alcoolului asupra capacităţii de alăptare la femei. Alcoolicele ar transmite, după unii autori, din generaţie în generaţie această hiposecreţie lactată; s'a vorbit — din acest punct de vedere — de un „eredo-alcoolism" (206).

S'a mai relevat că, în menajurile de alcoolici, numărul copiilor nu ar reprezenta decât 75% din cifra mijlocie a copiilor pentru un menaj normal, la grupul respectiv de populaţie.

Eugenişti contimporani, recunoscând în totul efectele disgenice ale alcoolului, susţin însă că acest toxic nu ar altera însuşi germenul, ci ar crea numai o anumită predispoziţie la gravele turburări nervoase ce caracterizează pe eredoalcoolic (207).

După evaluările cele mai recente, situaţia copiilor alcoolicilor ar fi următoarea: 4%—5% debili mintali propriu zişi, 2%—3% imbecili, 5% psihopaţi (208).

Acţiunea disgenică a alcoolului se intensifică şi prin faptul că o bună parte din alcoolici sunt elemente tarate. Aproximativ două treimi din ei sunt psihopaţi; din aceşti psihopaţi aproximativ o treime sunt criminali. 10% din alcoolici sunt, după evaluări recente, epileptici, debili mintali şi depresivi.

Intocmirea de arbori genealogici a îngăduit să se stabilească existenţa familiilor de alcoolici, deci transmiterea predispoziţiei la această intoxicaţie. Aproximativ o cincime până la o pătrime din fraţii şi surorile alcoolicilor cronici, cum şi aproximativ 50% din părinţii lor, au fost găsiţi prezentând de asemenea alcoolism cronic (208).

Chestiunea de a se şti precis dacă alcoolul intoxică *celula sexuală* însăşi, a format obiectul a numeroase discuţii. In anul 1911 *A. Forel* a susţinut că alcoolul exercită într'adevăr o acţiune disgenică prin faptul că atacă celulele sexuale, numind acest fenomen „blastoftorie". El deosebea: a) o blastoftorie acută, care se produce atunci când procreatorul este în stare de ebrietate în momentul concepţiunii; b) o blastoftorie cronică, constând în alterarea celulelor sexuale din cauza alcoolismului cronic (209).

In blastoftoria *acută*, mecanismul ar fi următorul: în momentul concepţiunii, celula sexuală impregnată cu alcool (deoarece întreg organismul este impregnat cu acest toxic), separându-se de organism, nu mai are cum să se desintoxicheze după trecerea stării de ebrietate (celelalte celule ale organismului se desintoxică graţie curentului sangvin, care le „spală"); celula germinativă rămânând îmbibată de toxic, rezultă un produs al concepţiunii cu stigmate de degenerescenţă.

In ce privește blastoftoria *cronică*, ea se produce prin acțiunea repetată și zilnică a toxicului, asupra celulei sexuale. Dacă în cele din urmă aceste celule ajung la moarte, în totalitatea lor, individul respectiv devine steril. In majoritatea cazurilor însă, celulele sexuale nu mor, ci prezintă leziuni patologice, care în momentul concepțiunii produc blastoftoria.

Aceste susțineri ale lui *Forel* ar putea să explice rezultatele unor statistici pe grupe restrânse de alcoolici. Astfel, asupra unui grup de 10 menajuri de alcoolici care au procreat un total de 57 copii, se constatase : 12 din acești copii au decedat precoce prin debilitate, 8 au fost idioți, 13 epileptici, 5 cu nanism, 5 cu anomalii fizice, 5 au fost la rândul lor alcoolici, așa încât numai 9 copii au fost normali. Pe de altă parte, într'un grup de 10 familii de nebăutori, din același mediu, s'a constatat : din cei 61 copii procreați, 5 au decedat precoce, 2 au fost coreici, 2 cu înapoiere mintală, iar 50 au fost normali (210).

In ultimul timp însă, vederile lui *Forel* nu sunt admise integral. Se arată că în aspectele disgenice pe care le prezintă descendenții din alcoolici, adesea sunt de încriminat tarele pe care le au alcoolicii, tare preexistente abuzului de acest toxic și care constitue de altfel uneori cauzele alcoolismului procreatorilor ; alcoolul nu ar avea deci un rol etiologic direct în determinarea disgeniilor. Alteori, ar fi de vină faptul că — în familiile de alcoolici — copiii ingeră băuturi alcoolice de timpuriu ; manifestările de alcoolism sunt deci dobândite, nu ereditare.

Date publicate în România în anul 1931, relativ la copiii de școală din Banat, au arătat că în școlile primare nu ar fi decât 10% din copii abstinenți totali de alcool. In unele sate sugarii primesc biberonul muiat în țuică, iar copiii preșcolari și școlari ingeră dimineața câte un pahar de rachiu (211).

Intr'un număr de cazuri, alcoolul nu ar provoca alterarea celulelor sexuale, ci *leziuni la embrion și la făt*, prin trecerea toxicului în placentă, în lichidul amniotic și în sângele fetal. Acest fapt explică statistici ca cea următoare : din 600 copii procreați de 120 femei alcoolice, 335 s'au născut morți sau au sucombat în primii doi ani ai vieții, deci au dat o mortalitate de 55,8% (212).

In cercetări publicate în 1929, în Germania, s'a arătat că la femeile alcoolice se înregistrează un procent dublu de nașteri premature și nașteri de copii morți, și un procent triplu de mortalitate a primei vârste, față de procentele la femeile nealcoolice din același mediu. Pe de altă parte s'a mai constatat, la un grup de copii din soții nealcoolice ale unor bărbați alcoolici, procente de mortalitate neonatală și mortalitate a primei vârste apropiate de cele normale

pentru populaţia respectivă ; aceasta ar dovedi odată mai mult că factorul disgeneizant nu este leziunea celulei germinative, ci alterarea fătului (213).

Natural, nu poate fi tăgăduită o anumită acţiune defavorabilă şi asupra *celulelor sexuale*. Vederile prea categorice ale lui *Forel* nu se admit însă astăzi de majoritatea autorilor. In ce priveşte blastoftoria acută, experienţele pe animale au arătat că, spre a se obţine leziuni ale celulelor sexuale, sunt necesare cantităţi de alcool atât de mari, pe unitatea de greutate corporală, cum niciodată nu se întâlnesc la om, chiar în starea de extremă ebrietate (214).

Mai este interesant de menţionat, în ce priveşte experienţele pe animale, următorul fapt : făcându-se experienţe în stil mare, pe şoareci albi, în 1934 (8 generaţii cuprinzând în total 32.000 animale), s'a constatat la prima generaţie că mortalitatea animalelor procreate de şoarecii infectaţi cu alcool a fost mult mai mare decât a şoarecilor procreaţi de animalele-martori; la a doua generaţie însă diferenţele de mortalitate între cele două categorii au fost mult mai reduse, pentru ca dela a treia generaţie înainte să se instaleze chiar o submortalitate în raport cu animalele de control. S'ar instala o reacţie de apărare, datorită acţiunii spermului alcoolizat asupra oului, aşa încât din generaţie în generaţie s'ar ajunge la o acumulare de anticorpi în plasma oului (215).

In general, blastoftoria acută nu mai este admisă decât în mică parte astăzi (216).

Mai mult este admisă blastoftoria *cronică*. Alcoolismul cronic ar provoca într'adevăr o alterare a celulelor sexuale, consecutiv căreia se instalează sterilitate, supramortalitate fetală, naşteri premature, supramortalitate în prima vârstă, hipertrofie, receptivitate mai mare la infecţiuni, debilitate generală ; în plus, blastoftoriei cronice i s'ar putea atribui până la un punct turburările psihice ale copiilor alcoolicilor, deci debilitatea mintală, epilepsia, diferite psihoze (216).

Cercetări făcute în 1931 au ajuns la concluzia că 20%—30% din imbecili şi idioţi au părinţi şi ascendenţi de a doua generaţie, alcoolici (217).

La un grup de 106 epileptici s'a găsit alcoolism la ascendenţi în 36,7% din cazuri (218).

După unii autori însă, de exemplu *Meggendorfer* aceste procente de alcoolici printre ascendenţii epilepticilor nu ar corespunde realităţii, dat fiind că pentru nici o altă boală psihică nu se forţează mai mult nota, când este vorba de investigaţii asupra aşa zisului alcoolism al părinţilor, ca la epilepsie.

In ultimul timp s'au înmulţit cercetările prin care se compară procentele de turburări mintale la descendenţii alcoolicilor, cu procentele acestor turburări ce se constată în populaţia globală.

Cercetări făcute asupra unui grup de 225 alcoolici bărbaţi, care au procreat 967 copii în viaţă (în momentul cercetării), au arătat că proporţiile de disgenici printre aceşti copii au fost : debili mintali propriu zişi 4,5%, imbecili

2,3%, epileptici 0,4%, schizofrenici 0,7%, maniaco-depresivi 0,2%, alcoolici 3%, psihopaţi 5%. Numai debilii mintali au fost în proporţie mult mai ridicată decât la populaţia globală. Acest fapt nu era însă datorit unei alterări a celulelor sexuale, pentru simplul motiv că aceleaşi procente ridicate de debili mintali s'au constatat şi la nepoţii de frate şi soră ai alcoolicilor. Cu alte cuvinte, era vorba *de tare familiale preexistente*, pe care s'a grefat alcoolismul (219).

Lucrările cele mai recente conchid că şi blastoftoria cronică ar fi relativ rară, cel puţin în ce priveşte provocarea bolilor psihice la descendenţii din alcoolici (216).

Din punctul de vedere eugenic, este important a reţine că se produce adesea la alcoolici un *cumul de tare*. Diminuarea psihofizică generală şi lipsa de inhibiţie pe care alcoolismul le produce la individ, fac ca acesta să se căsătorească sau să coabiteze de obiceiu tot cu un element tarat. „Alcoolul pare a slăbi orice instinct sănătos; el duce „la uniuni care — fără de intervenţia lui — nu ar putea să aibă loc" (216).

Cercetări făcute asupra unui grup de 179 soţii de alcoolici, au arătat următoarele procente de disgenice: 5% debile mintale, 1,7% imbecile, 2,3% schizofrenice, 1,1% alcoolice, 0,6% paralitice generale progresive, 6,6% psihopate (220).

b. Diverse toxicomanii

Abuzul de stupefiante constitue astăzi un factor etiologic destul de serios în provocarea disgeniilor. Aceasta cu atât mai mult cu cât proporţia femeilor toxicomane este destul de importantă. Concepţia, graviditatea şi alăptarea se resimt.

S'a reuşit, prin injecţii de morfină şi codeină în oul de găină, să se provoace anomalii şi malformaţii ale puiului (221). In general însă, acţiunea direct toxică a opiaceelor asupra germenului, la om, nu este încă suficient demonstrată.

Fapt este că atât toxicomanii cât şi descendenţii lor prezintă stigmate de degenerescenţă, fără a se putea spune ce parte revine toxicului şi ce parte unor tare preexistente, în etiologia acestor stigmate. Cercetări făcute în 1924, în Germania, asupra unui grup de 132 morfinomani, 37 morfinomane şi 5 menajuri morfinomane, au arătat că 80% din bărbaţi erau psihopaţi, alţi 5% prezentau diverse psihoze manifeste, aşa încât numai 15% erau fără tare preexistente. Cei 132 morfinomani cercetaţi procreaseră în total 701 copii; o apreciabilă proporţie din aceştia prezentau debilitate mintală congenitală, epilepsie esenţială şi diverse malformaţii fizice ; luându-se în consideraţie momentul procreaţiei, adică dacă acest moment a coincis cu perioada de morfinomanie sau el a fost în afara acestei perioade, s'a făcut consta-

Scanned with OKEN Scanner

tarea importantă că descendenţii disgenici sunt în aceeaşi proporţie în ambele cazuri ; deci, nu ar reveni toxicomaniei vreo acţiune disgenică directă. De asemenea, mortalitatea sugarilor nu a fost mai mare la copiii procreaţi în perioada de morfinomanie, decât la cei născuţi în afara acestei perioade. Numai proporţia naşterilor premature şi a avorturilor a fost foarte ridicată la morfinomani, ceea ce dovedeşte că se exercită o acţiune toxică asupra fătului, dar nu asupra celulelor sexuale (222).

Cercetări făcute în legătură cu acţiunea disgenică a cocainei, nu duseseră încă la rezultate concludente până în 1938.

Nici cercetările în legătură cu acţiunea disgenică a nicotinei nu au dus la vreun rezultat concludent. „In stadiul actual al ştiinţei nu „este posibil să spunem întrucât suferă descendenţa fumătorilor" (223).

In legătură cu intoxicaţia cocainică, trebue totuşi menţionată observaţia clasică a lui *Marfan:* „Un bărbat să căsătoreşte cu o femee sănătoasă şi procrează o fetiţă perfect normală ; începând să prizeze trei grame şi mai mult de clorhidrat de cocaină zilnic, acest bărbat procrează ulterior 3 copii, toţi anormali, şi anume : o fetiţă foarte debilă fizic, un băiat idiot şi un al doilea băiat microcefal" (205).

B. Factori de mediu sau peristatici

Valoarea biologică a individului şi a descendenţei sale este funcţie în primul rând de factorii endogeni (boli ereditare, factori infecţioşi şi factori toxici) pe care i-am studiat, iar în al doilea rând de elementele care constitue *mediul* ambiant în care evoluează individul.

Factorii de mediu, numiţi încă peristatici, sunt numeroşi şi foarte variaţi în înfăţişările lor. Ei exercă o înrîurire manifestă asupra fenomenelor demografice, în această calitate fiind studiaţi în cadrul demografiei cantitative sau numerice ; pe de altă parte însă, nu se poate tăgădui influenţa lor asupra fenomenelor *calitative* ale populaţiei, şi din acest punct de vedere factorii de mediu capătă importanţă eugenică.

Condiţiunile *economice* în care evoluează un grup de populaţie, capătă o anumită importanţă eugenică, din momentul în care luăm în considerare proporţiile de populaţie activă şi de populaţie neactivă, într'o colectivitate dată. Înţelegând prin populaţie activă, totalitatea categoriilor producătoare, existenţa unei proporţii ridicate a acestei populaţii poate avea efecte favorabile, prin aceea că este intensificată producţia, deci bună starea generală, aşa încât nivelul de viaţă a masselor este ridicat şi sunt oferite suficiente garanţii de desvoltare biologică normală. Pe de altă parte însă, o proporţie mare de popu-

Scanned with OKEN Scanner

laţie activă poate avea efecte diminuante ale biologiei colectivităţii, deci disgenice, atunci când în cadrul acestei populaţii active intră un important număr de femei şi copii ; aceasta este situaţia în unele ţări agricole, unde procentul de populaţie rurală activă se urcă până la 80%, iar în muncile agricole femeile şi copiii ocupă un loc tot atât de important ca şi bărbaţii ; surmenajul fizic impus de aceste munci grele, unor elemente de rezistenţă redusă, sustragerea femeii dela atribuţiile ei naturale şi defectuoasa desvoltare a copiilor, sunt tot atâţia factori disgeneizanţi.

In România, după o statistică publicată în 1940, 51,1% din totalul populaţiei active în mediul rural erau reprezentaţi prin *membri de familie,* deci femei şi copii (224).

Participarea intensă a femeilor şi copiilor în câmpul muncii explică proporţiile mai ridicate ale populaţiei active în ţările cu caracter dominant rural. După o statistică publicată în 1920, procentele de populaţie activă erau : în U. S. A. 40%, în Belgia 42%, în Anglia 44%, în Italia 47% (225), pe când în România, de exemplu, procentul urcă până la 60%.

Inrîurirea disgenică a factorilor economici se manifestă şi atunci când considerăm câştigul capului de familie ; cercetări efectuate în Statele Unite au arătat că, în clasele cu venitul cel mai scăzut, mortalitatea infantilă reprezintă întreitul mortalităţii infantile din clasele bogate (225). Ori, mortalitatea infantilă este un factor disgenic.

Locuinţa insalubră are o înrîurire disgeneizantă prin faptul că măreşte mortalitatea şi morbiditatea generală, iar mortalitatea infantilă sporeşte cu cel puţin o şesime. Locuinţa insalubră are o acţiune diminuantă asupra copiilor, dintr'un întreit punct de vedere : fizic, psihic şi moral. In ancheta pe care am întreprins-o asupra unui grup de muncitoare din Bucureşti, în 1937, am constatat că în 39% din cazuri reveniau trei persoane de cameră şi în 23% din cazuri, 4 persoane ; în 11% din cazuri reveniau 5 persoane de cameră ; etiologic, acest fapt nu poate fi separat de constatarea că 50% din copiii acestor femei erau deficienţi ca desvoltare fizică (226).

Anumiţi *factori profesionali* îşi au importanţa lor în eugenie. In primul rând, trebue luată în considerare munca mamei în afară de domiciliul ei ; munca în timpul sarcinei are drept rezultat creşterea mortalităţii intra- şi postnatale, precum şi a mortalităţii infantile în general. Cercetări întreprinse de noi asupra populaţiei muncitoreşti din România au pus în evidenţă, la femeile care muncesc în afara domiciliului familial, o diminuare a potenţialului de vitalitate la mamă şi o deficienţă biologică a copiilor, manifestată prin procen-

Scanned with OKEN Scanner

tul de 33% copii cu greutatea subnormală la naştere şi 40% copii cu greutatea la limită (226).

Mai este de menţionat că munca profesională agravând adesea tuberculoza, are indirect o influenţă disgenică ; s'a constatat în Anglia că, pe când la populaţia globală mortalitatea prin tuberculoză îşi are maximul în grupa de vârstă 55—65 ani, la muncitorii industriali mortalitatea maximă prin această boală este în grupa 25—35 ani.

Trebue luat în considerare, ca factor disgenic, şi mortalitatea profesională ; biologia naţiunii poate fi diminuată prin dispariţia unui număr important de elemente aflătoare în plin randement de muncă.

O statistică întocmită în Anglia, pentru intervalul 1921—1923, a arătat că, dacă se notează mortalitatea medie a întregei populaţii masculine din grupa 20—65 ani cu coeficientul 100, atunci profesiunile agricole, profesiunile libere şi muncitorii din industriile cele mai salubre dau o mortalitate mai mică de 80%. In profesiunile mai puţin salubre, mortalitatea merge până la 110% în raport cu mortalitatea populaţiei globale, iar dacă trecem la ramurile profesionale care impun o mare sforţare fizică şi expun la înrîuriri nocive şi alcoolism, mortalitatea merge până la 160%, iar uneori până la 433%. S'a mai constatat că, în interiorul unei aceleiaşi profesiuni, mortalitatea creşte pe măsură ce coborîm dela personalul conducător la contramaeştri, dela aceştia la muncitorii calificaţi, iar dela aceştia din urmă la muncitorii cu ziua (227).

In ce priveşte acţiunea *factorilor culturali,* analfabetismul mamelor are netăgăduit importanţa cea mai vădită din punctul de vedere eugenic ; incultura populaţiei feminine a unei ţări provoacă direct deficienţa în creşterea şi supravegherea copiilor, de unde rezultă o morbiditate şi mortalitate infantilă ridicate.

In România, după date ale recensământului din 1930, procentul de femei analfabete în populaţia rurală reprezenta 61,3% din totalul populaţiei feminine trecute de 7 ani Acest fapt joacă în mod firesc un rol etiologic, alături de alţi factori, în determinarea mortalităţii infantile ridicate.

Gradul de cultură al populaţiei de amândouă sexele are importanţă şi prin aceea că de el depinde difuziunea instrucţiunii igienice în general, intensitatea acţiunii preventive şi înlăturarea factorilor diminuanţi ai biologiei colectivităţii. In ţările orientale şi extremorientale, proporţia de analfabeţi este încă îngrijorătoare ; ea merge pe alocuri până la 70% din populaţia totală (228). Totodată trebue să ţinem seama de faptul că, în interiorul populaţiei care ştie carte, sunt mari variaţii ale gradului de cultură ; în Statele Unite de abia 5% din populaţie a absolvit şcoala secundară. Variaţii ale gradului de cultură implică variaţii şi în ce priveşte capacitatea de însuşire a noţiunilor de igienă şi deci de înlăturare a unui număr de factori disgenici.

Scanned with OKEN Scanner

Factori *morali* au importanţă eugenică adeseaori. Astfel, proporţia mare de copii nelegitimi în anumite pături ale societăţii face ca — în aceste pături sociale — mortalitatea infantilă să crească, iar la cei rămaşi în viaţă morbiditatea să fie apreciabilă.

Dintr'o statistică întocmită în Prusia pe anul 1925, rezultă că la muncitoarele agricole, servitoare, chelneriţe, etc., în măsura în care procentul de copii nelegitimi creşte, în aceeaşi măsură creşte şi mortalitatea din primul an al vieţii. Pentru populaţia întregei Prusii, mortalitatea sugarilor a fost de 10,4% în anul 1925; la păturile sociale amintite însă, mortalitatea sugarilor a mers până la 23,9% (229).

Urbanizarea şi *industrializarea*, fenomen al cărui studiu amănunţit este făcut în cadrul ştiinţei populaţiei, are — mai ales în fazele incipiente ale sale — o înrîurire disgenică. Deplasarea unor grupe importante de rurali spre oraşe crează o stare de deficienţă biologică a tineretului. In special femeilor tinere, viaţa de muncă industrială, nouă pentru ele, le reduce forţa organică, rezultând repercutări asupra stării lor şi a descendenţii. In primul rând, trebuesc incriminaţi factorii nocivi profesionali. In al doilea rând, recrudescenţa tuberculozei la populaţia ce se urbanizează. In al treilea rând, creşterea mortalităţii infantile din cauza supra-aglomerării în cartierele industriale, mai ales într'o primă fază, în care acţiunea de civilizare şi igienă nu a avut încă timp să se manifeste.

Anumite elemente etiologice care stau la baza *denatalităţii* contimporane sunt importante şi prin aceea că au un rol disgenic. Astfel, celibatul este un factor contraselectoriu, căci în special clasele superioare ale societăţii cuprind un număr apreciabil de celibatari. In aceste clase, pe lângă că este relativ frecvent celibatul, se notează o prolificitate redusă; în Germania, în perioada 1926—1935, se constată că în fruntea prolificităţii stau agricultorii, cu media de 3,63 copii de fiecare menaj; în ordinea descrescândă a prolificităţii vin apoi meseriaşii, salariaţii industriali şi comerciali, funcţionarii superiori, corpul didactic, ofiţerii, medicii, avocaţii, artiştii şi scriitorii (230).

Faptul că tocmai clasele superioare ale societăţii sunt caracterizate prin celibat şi scădere a prolificităţii, face ca pe deoparte să se micşoreze sensibil numărul valorilor reale în generaţiile viitoare, iar pe de altă parte să rezulte o disproporţie între numărul elementelor bine dotate şi al celor mediocre, în favoarea acestor din urmă.

Ca factor disgenic contează fenomenul contimporan care a fost numit *feminismul social*. Femeea renunţă tot mai mult la atribuţiile sale firesti, în primul rând la procrearea şi creşterea copiilor,

Scanned with OKEN Scanner

activând pe scară mare în câmpul economico-social ; pentru biologia națiunii, acesta este un desavantaj.

Migrațiunile au uneori consecințe disgenice. Pentru națiunea emigranților rezultă o pierdere reală de valori biologice, prin faptul că pleacă din corpul acestei națiuni un important număr de elemente tinere, viguroase și prolifice. Pentru națiunea receptoare a elementelor emigrate, pericolul disgenic este cu deosebire mare, deoarece în massa emigranților se află întotdeauna o anumită proporție de elemente cu biologia diminuată, asociale, tarate, care — procreând în țara ce le-a primit — măresc numărul disgenicilor.

In deceniul care a precedat izbucnirea războiului din 1939, s'a manifestat intens forma specială a migrațiunilor, denumită *vagabondajul internațional*. Masse de oameni deplasate, din motive politice mai ales, sau consecutiv persecuțiilor de ordin religios, au furnizat cu timpul un contingent important de elemente devenite defective prin mizerie, vagabondaj, cerșetorie, prostituție, etc., deci disgeneizante. Numărul delicvenților și criminalilor printre aceste elemente este uneori important. Cercetări făcute în anul 1933, într'un număr de închisori din Belgia, arătaseră că până la 21% din deținuți aparțineau categoriei elementelor imigrate de pe urma fenomenului vagabondajului internațional (231).

In ce privește documentarea pierderilor pentru națiune, rezultate din emigrări, este suficient a menționa că în decursul celei de a doua jumătăți a secolului trecut populația Europei a pierdut, prin acest fenomen, 17,7 milioane oameni, reprezentând circa 10,5% din creșterea naturală a populației în acest răstimp; în Germania — în perioada 1871-85 — cifra emigrărilor a reprezentat 25% din excedentul natural al populației.

In general, la populația migratorie criminalitatea este mai ridicată decât la cea stabilă. In al doilea rând, migrațiunile repetate influențează foarte defavorabil natalitatea ; celibatarii își schimbă des reședința în speranța că vor atinge în fine, într'o localitate, un nivel de viață mai ridicat, iar aceste continue migrațiuni îi împiedică să se căsătorească. Aceasta se observă mai ales în cazul migrațiunilor interioare, adică al peregrinărilor în interiorul unei aceleiași țări, fenomen care pe alocuri ia o mare extensiune. Intr'o statistică publicată în anul 1936, s'a arătat că, din cauza migrațiunilor interioare, procentul de populație băstinașe în diferite țări (populație născută chiar în localitatea în care s'a făcut recensământul) nu reprezintă decât între 45,2% și maximul de 76,4% (232).

Anumite fenomene colective cu *caracter de calamitate* au avut în trecut, cum au și astăzi, o înrîurire disgenică. Marile epidemii ale secolelor trecute au diminuat, în parte, valoarea biologică a uneia sau mai multor generații.

Scanned with OKEN Scanner

In unele țări din sud-estul Europei, de exemplu în România, epidemiile de ciumă și holeră au acționat ca puternic factor de decimare; la începutul secolului al XIX-lea se menționează că ciuma bântuia în 23 localități urbane și 300 localități rurale (233).

Alt factor cu caracter de calamitate este constituit de către *războaie*. Pierderea unui mare număr de indivizi aparținând grupelor de vârstă tinere, este un prim element contraselectoriu; s'au evaluat pierderile trecutului război mondial la 13 milioane decese de militari și 29 milioane decese de civili, din care cei mai mulți aparțineau deasemenea grupelor de vârstă tinere. In al doilea rând, biologia și deci valoarea eugenică a colectivității sunt compromise printr'un desechilibru numeric între grupele de vârstă, reducându-se proporția tinerilor și urcând proporția elementelor vârstnice. In al treilea rând, se notează creșterea considerabilă a proporției de copii nelegitimi, în parte disgenici, și o scădere catastrofală a prolificității; dealtfel, un timp îndelungat după terminarea războiului, persistă diminuarea fecundității căsniciilor, din cauza vârstei relativ înaintate a soților în momentul căsătoriei, a recăsătoririi văduvelor, a deosebirii de vârstă între soți, etc. (234).

VII. NECESITATEA PROMOVĂRII EUGENICE A MASSEI MIJLOCII A POPULAȚIEI

Diferiții factori care compromit valoarea biologică a descendenței, factori ereditari și elemente ale mediului, fac — prin acțiunea lor îndelungată dealungul generațiilor — să se constitue, în interiorul fiecărei colectivități umane, trei mari categorii de populație din punctul de vedere al valorii biologice și anume: 1. elemente *superior dotate*, elita biologică și intelectuală a națiunii, înfățișând numeric o proporție minimă; 2. *disgenicii*, care reprezintă numeric aproximativ o zecime din cifra totală a populației; 3. marea massă a populației, de *valoare mijlocie* din punctul de vedere biologic, normală din punctul de vedere eugenic, massă asupra căreia trebuesc îndreptate sforțările de redresare, deoarece ea reprezintă majoritatea națiunii.

A. Supradotații și regresiunea lor numerică

Elementele superior dotate măsoară, din epocă în epocă, summum calităților biologice ale unei națiuni. Aceste valori trebuesc descoperite din vreme, spre a fi puse în condițiuni optime de desvoltare. Această necesitate a fost sesizată mai demult în statele anglo-saxone,

în Belgia şi în Germania. S'au creat instituţiuni speciale pentru instrucţiunea şi educaţia acestor elemente.

In 1914, s'au organizat la Charlottenburg primele clase speciale pentru copiii supradotaţi. După război, aceste organizaţiuni s'au înmulţit, întemeindu-se clase pentru supradotaţi la Hamburg, Breslau, Leipzig, Frankfurt, Göttingen, etc. Copiii supradotaţi au fost priviţi drept „copii ai nădejdii zilei de mâine" (Hoffnungskinder) (235).

In ultimul deceniu s'au creat, în unele state (Germania, Italia, România), un număr de şcoli speciale pentru copiii cu deosebire dotaţi fizic şi intelectual, destinaţi fie a ocupa locuri de conducere în cadrul partidelor, fie în rândurile armatei.

Preocupările în momentul de faţă se îndreaptă însă mai puţin către supradotaţi decât către marea massă, cu ereditatea normală, a naţiunii. Elementele supradotate scad numeric, aşa încât proporţia lor — faţă de populaţie — devine şi mai redusă.

Reamintim prolificitatea scăzută a elementelor de valoare. Grelele condiţiuni de viaţă fac ca aceste elemente, dacă nu rămân celibatare, să-şi limiteze voluntar natalitatea.

Celibatul rămâne factorul determinant în scăderea numerică a supradotaţilor. O statistică publicată de Oficiul central statistic al Germaniei, în 1935 a arătat următoarele proporţii de celibatari, după profesiuni, la populaţia masculină din grupa de vârstă 30—50 ani, din fiecare profesiune (236) :

watmani	3,21%	avocaţi	22,2%
mineri	4,92%	sportivi profesionişti	22,4%
muncitori ind.	8,67%	ofiţeri	24,6%
zidari	9,09%	medici	24,7%
corp didactic	14,6%	artişti	27,6%

Rezultă de aci că liberii profesionişti dau o proporţie de celibatari de trei ori mai mare decât muncitorii manuali şi chiar de 6—7 ori mai mare decât unele grupe de muncitori, cum sunt minerii şi watmanii. Considerând că, în general, clasele intelectuale ale societăţii reprezintă sursa biologică a unui număr relativ important de elemente supradotate, celibatul în rândurile intelectualilor poate fi considerat ca un factor contraselectoriu.

Cercetări întreprinse în Cehoslovacia au pus în evidenţă diferenţa mare de prolificitate între familiile cu copii dotaţi şi celelalte familii. Examinându-se 1268 copii de şcoală din Praga, în vârstă de 10 ani, apoi 1257 tineri de 14 ani şi 1126 copii de şcoală dintr'o ciscumscripţie rurală a Moraviei, s'a ajuns la următoarea concluzie : există un raport invers între numărul copiilor pe familie şi gradul lor de dotaţie intelectuală (237).

Incurajarea elementelor supradotate rămâne o măsură eugenică utilă, asupra căreia capătă însă prioritate celelalte două categorii de

măsuri, de mai mare urgenţă : înlăturarea dela procreaţie a disgenicilor şi diminuarea numărului lor, iar în al doilea rând încurajarea desvoltării massei mijlocii a populaţiei.

In privinţa dispariţiei progresive a elementelor superior dotate dintr'o colectivitate, din cauza prolificităţii reduse, este interesantă schema arătată de *Siemens* : considerăm două grupe de populaţie, din care una are natalitatea medie pe familie de 2 copii, iar cealaltă de 5 copii ; dacă în momentul actual cele două grupe sunt egale numeric, după 30 ani grupa cu natalitatea medie de 2 copii nu va mai alcătui decât 22,5% din totalul celor două grupe, după 60 ani 14,8%, iar după 90 ani deabia va mai fi 6%, pentru ca după 150 ani să nu reprezinte decât 1%. Presupunând că această grupă cu natalitate mică este o clasă intelectuală mai bine dotată, reese evident dispariţia ei progresivă.

Dealtfel, proporţia între natalitatea păturii culte şi natalitatea clasei muncitoare manuale este în general de 2 la 5. Se mai adaogă imprejurarea că în păturile inferioare ale societăţii căsătoriile sunt mai precoce, aşa că generaţiile procreate se reînoiesc mai repede. aplecând şi mai mult balanţa în defavoarea păturilor superioare. După calculul lui *Lenz,* menţionat de *Siemens,* la un număr egal de copii în două clase sociale, unde căsătoriile au loc însă la vârste diferite, în clasa socială unde căsătoriile sunt mai precoce populaţia ajunge după 100 ani să reprezinte 67% din total, faţă de numai 33% în clasa în care căsătoriile se fac tardiv (25).

B. Disgenicii, sarcină pentru politica socială

Disgenicii compromit, prin prolificitatea lor, şi chiar prin perpetuarea lor în măsură cât de redusă, valoarea biologică a colectivităţii; totodată ei reprezintă o împovărare a elementului valid al naţiunii, prin sarcinile băneşti pe care acest element trebue să le suporte pentru întreţinerea indivizilor degeneraţi. Statistici numeroase pun în evidenţă cheltuelile foarte ridicate pe care le impun, în toate statele, măsurile şi instituţiile pentru disgenici.

După un calcul făcut de *Grotjahn,* relativ la alienaţii mintali din Bavaria, rezultă că în 1880, divizându-se cheltuiala totală cu aceşti disgenici la cifra populaţiei, revenia o cheltuială de 1,85 mărci anual pe cap de locuitor; în 1910 reveniau 2,22 mărci. Sarcina pe care o suportă colectivitatea, la acest capitol, a mers deci crescând.

După date publicate, tot în Germania, în 1934, s'a ajuns la concluzia că întreţinerea unui alienat costa în acel an, în medie, 4 mărci pe zi ; întreţinerea unui criminal 3,50 mărci pe zi. In opoziţie cu aceste cheltueli, muncitorul ne-

Scanned with OKEN Scanner

calificat se întreţinea, împreună cu familia, cu 2,52 mărci pe zi, iar funcţionarul cu 3,60 mărci. Se produsese deci o adevărată deplasare a investiţiilor de câştig naţional, spre întreţinerea elementelor disgenice şi în defavoarea totală a massei normale a naţiunii (238).

In anul 1927 se aflau internaţi în Germania, sub supraveghere medicală, 126.277 alienaţi şi debili mintali, care au costat statul 97,2 milioane mărci pe zi ; îngrijirea idioţilor costa anual 185 milioane mărci (238).

In 1933 s'a arătat că, dacă totalul bolnavilor ereditari din Germania ar cădea în sarcina colectivităţii, ei ar costa anual 350 milioane. S'a mai arătat că, pe când pentru un copil de şcoală auxiliară, deci deobiceiu tarat ereditar, oraşul Dresda cheltuia 573 mărci, în anul 1937, pentru un copil normal de şcoală primară se cheltuia numai 230 mărci (239).

O statistică mai veche arătase, în 1913, că se cheltuia în Germania, cu învăţământul primar al copiilor normali, circa 15 milioane mărci pe an. In schimb, şcolile pentru anormali grevau bugetul cu 30 milioane mărci. Pentru oraşul Hamburg, s'a calculat că cheltuelile cu elementele defective reprezintă nu mai puţin de 35 mărci pe an de cap de locuitor (240).

S'a calculat că suma cheltuită cu un individ imbecil, sau cu un schizofrenic, sau cu un paralitic general, este de trei ori mai mare decât cheltuiala pricinuită de întreţinerea unui şomer valid şi de zece ori mai mare decât cheltuiala cu un şcolar normal.

Cercetări făcute în Anglia au dus la concluzii similare.

In 1920, se evaluaseră cheltuelile pricinuite de criminalii din închisori, la 700 mii lire sterline. Intreţinerea şi reeducarea parţială a diverselor categorii de elemente disgenice din cuprinsul Angliei, au costat următoarele sume (241) :

390.000 lire , deficienţii mintali
217.000 lire , infirmii motori (estropiaţii)
115.000 lire , surzii
79.000 lire , orbii
11.000 lire , epilepticii

Pentru deţinuţii din închisori, delicvenţi şi criminali, s'au cheltuit, în 1924, peste 4 milioane lire, iar pentru alienaţi aproape 7 milioane lire (241).

In Statele Unite, în anul 1930, numai întreţinerea criminalilor a costat 30 milioane dolari.

Importante din punctul de vedere ce ne preocupă aci, sunt cercetările genealogice care s'au făcut pe spiţe de elemente asociale (242).

Prin cercetări asupra unei spiţe de asociali din Westfalia, s'au putut urmări

timp de aproape 200 ani (începând din 1745) 7 generaţii dintr'o aceeaşi familie, în total peste 320 persoane. Majoritatea acestor indivizi au trăit şi trăesc în trândăvie, figurează pe listele caritătii publice, sunt în mod repetat internaţi în clinicile psihiatrice, foarte mulţi bolnavi de tuberculoză, mortalitatea infantilă în rândurile lor a atins coeficientul de 23,1%. Din actele oraşului Münster. rezultă că 79,3% din membrii acestei spiţe au fost întreţinuţi ai asistenţei publice.

In concluzie, elementele disgenice reprezintă o îndoită pierdere şi primejdie pentru colectivitate. In primul rând, pierdere biologică prin alterarea massei ereditare. In al doilea rând, pierdere economică mare din cauza scoaterii acestor elemente din câmpul muncii şi al productivităţii, precum şi din cauza cheltuielilor enorme, necesare pentru întreţinerea unei astfel de masse parazitare.

C. Massa mijlocie şi normală, garanţia normalizării biologice

Massa mijlocie ca valoare biologică, care reprezintă numeric aproximativ nouă zecimi din populaţia globală, este purtătoarea eredităţii normale şi reprezintă elementul valid în câmpul producţiunii. Practic, în politica eugenică se caută să se favorizeze desvoltarea populaţiei mijlocii.

La congresul problemelor de populaţie, din 1935, s'a arătat că formidabila massă de populaţie a „mijlociilor" caută instinctiv să elimine din sânul ei nu numai elementele disgenice (ceeace ar fi natural), dar şi pe supradotaţi. Ar fi o permanentă luptă între elementele care nu se ridică deasupra mediei şi toţi cei ce ies din cadrul comun şi apar ca prea pregnant individuali. Omul mijlociu, când nu poate altfel, luptă contra supradotatului prin mijloace mărunte, ca şiretenia şi rezistenţa pasivă (243).

Supranormalii, individualităţi excepţionale, au promovat religii. orânduieli politice, progrese în ordinea economică şi spirituală; dar ei strică echilibrul uniformităţii, iar pentru politica eugenică înfăţişează un obiectiv redus, pentru că forţa lor de perpetuare e mică.

In politica de igienă a rasei dusă de statele totalitare directiva fundamentală este favorizarea evoluţiei biologice a clasei mijlocii.

Pentru această imensă populaţie mijlocie şi normală este necesar să se adopte o politică eugenică dirijată, avându-se permanent în vedere elementul structural primordial : *familia* şi, prin extensiune, *spiţa,* adică grupa de familii înrudite. Cu cât această entitate închisă, bazată pe legătura de sânge, va fi mai consistentă, cu atât va infuza o forţă mai apreciabilă organismului colectiv. Grija de biologia familiei se afirmă tot mai mult, tocmai pentrucă azi este mereu ameninţată în consistenţa sa de împrejurări adverse, reunite sub ceeace numim „labilitatea mediului ambiant" (244).

Scanned with OKEN Scanner

Intr'adevăr, spiţa îşi poate schimba caracterul datorită aportului de sânge străin. Ea poate sucomba în efortul ei de adaptare şi unul din simptomele acestei evoluţii retrograde îl constitue denatalitatea.

Păstrarea nealterată a massei ereditare la familiile şi spiţele populaţiei mijlocii este azi obiectivul politicii eugenice

VIII. MĂSURILE PRACTICE DE EUGENIE (POLITICA EUGENICĂ)

Măsurile practice de ameliorare a situaţiei calitative a populaţiei, deci măsurile eugenice, constitue un complex de acţiuni cu caracter divers. Progresele medicinei, ale medicinei sociale, ale politicii sociale, ale legislaţiei economice şi fiscale, ale organizării, au fost folosite în politica eugenică, cu rezultate evidente.

Măsurile de politică eugenică se pot grupa în mai multe categorii (245).

Măsurile biologice pun în acţiune mijloace deduse din cercetări şi practici biologice. Astfel de măsuri sunt: studiul ştiinţific al eredităţii, certificatul medical prenupţial, sterilizarea degeneraţilor, etc.

Alt grup de măsuri eugenice au caracter *social*. Colonizările rurale şi suburbane ale familiilor numeroase şi cu ereditate normală, intră în această categorie.

La baza naţiunii stă familia. O serie de măsuri, precum : împrumuturi acordate tinerilor ce se căsătoresc, compensări de sarcini şi degrevări fiscale pentru familiile numeroase, etc., realizează *politica familiei.*

In fine, diferite măsuri de medicină socială, precum *combaterea bolilor sociale, educaţia eugenică a populaţiei, organizarea practică a cercetărilor,* complectează măsurile de politică eugenică.

A. Măsuri biologice

1. *Certificatul medical prenupţial*

Este necesară o selecţiune a procreatorilor din punctul de vedere al valorii lor biologice, selecţiune preconcepţională.

Mijlocul practic pentru înfăptuirea acestui deziderat, este certificatul eliberat de o persoană competentă, adică de către medic, în ajunul căsătoriei, şi atestând că viitorii soţi nu prezintă boli şi tare susceptibile de a altera valoarea biologică a urmaşilor.

Ideea selecţiunii prenupţiale nu este nouă. Biblia, talmudul, legiuirile greceşti şi cele romane, împiedecau căsătoria între elemente purtătoare de tare

transmisibile, ca epilepsia, tuberculoza, sifilisul (246). In epoca modernă, ideea certificării prenupţiale a fost readusă în actualitate. Nu se mai lasă liber joc selecţiunii naturale şi forţelor oarbe instinctuale.

Cercetarea medicală, practicată cu puţin înainte de căsătorie, va împărţi pe candidaţi în trei mari categorii : acei cari se pot căsători fără nicio rezervă ; acei cari se pot căsători numai sub anumite condiţiuni de supraveghere ulterioară ; în fine, acei cărora căsătoria le este interzisă definitiv.

Putem admite *căsătoria fără nici o rezervă* atunci când candidatul fiind sănătos, nu prevedem nici un pericol pentru celalt candidat, sau pentru urmaşi. Fetele amenoreice şi descendenţii din părinţi cu boli familiale, dacă au depăşit vârsta la care boala familială se manifestă deobiceiu, intră deasemenea în această categorie (247).

Probleme importante şi uneori greu de rezolvat în practică rezultă în cazul candidaţilor cărora nu le putem admite *căsătoria decât în anumite condiţiuni.* Este vorba în primul rând de *tuberculoşi.* In general, dacă unul din candidaţi este purtător de leziune tuberculoasă veche cicatrizată, se admite căsătoria, dar cu condiţia supunerii — din partea candidatului — la o supraveghere periodică ulterioară. Tuberculoşii cu leziuni deschise vor aştepta până la vindecarea leziunii (248), în general 3—5 ani. Cercetări recente au stabilit norme mai precise (249). Este necesară aprecierea dela caz la caz, după cantitatea şi periodicitatea eliminărilor de bacili.

Dacă, după cel puţin un an de observaţie, câmpurile cicatriciale din etajul superior al regiunii hilare s'au stabilizat, este foarte probabil că în viitor nu mai avem a ne teme de eliminări de bacili. Forme nodulare, cu evoluţie insidioasă, elimină rar bacili şi în cantităţi mici ; în ce priveşte cirozele cavernoase, chiar dacă evoluiază mai mulţi ani în mod lent, fatal ajung într'o zi la isbucniri. Infiltraţiile acute, chiar însoţite de exsudat pleural şi de atelectaze intense, ducând ulterior la ciroze grave ale unui lob întreg, pot totuşi evolua fără cea mai mică eliminare de bacili ; se înţelege că pericolul de contagiune pentru anturaj, în aceste cazuri, este maximal.

Necesitatea aprecierii dela caz la caz apare evidentă şi pentru *bolnavii venerici.* Ca normă generală, bolnavul veneric contagios nu va fi admis la căsătorie. In cazul individual se va ţine seamă de toate criteriile clinice, serologice şi terapeutice (250).

In momentul de faţă, cele mai indicate par normele fixate de către comisia specială instituită de Societatea franceză de dermatologie şi sifiligrafie (248).

Condiţiuni clinice : candidatul la căsătorie să nu fi prezentat o leziune sifilitică contagioasă, timp de cel puţin un an după ce a încetat tratamentul; el trebue să mai fie indemn de orice leziune orga-

nică definitivă şi de orice manifestare clinică de leziune a sistemului nervos.

Condiţiuni biologice : candidatul la căsătorie trebue să fi avut o sero-reacţie negativă timp de un an după ce a încetat tratamentul.

Condiţiuni terapeutice : trebuesc luate în considerare două eventualităţi. Dacă bolnavul a început tratamentul în perioada de sifilom şi înainte de apariţia reacţiei Wassermann, putem să-i îngăduim căsătoria, dacă au trecut doi ani dela apariţia sifilomului. Dar dacă bolnavul a început tratamentul după ce reacţia Wassermann a devenit pozitivă, trebue să fi trecut cel puţin 4 ani dela apariţia leziunii primare.

Trebue să ţinem seama şi de o altă eventualitate : reacţia Wassermann se menţine pozitivă cu tot tratamentul, dar puncţia lombară dă rezultat negativ ; în cazul acesta, dacă este vorba de un bărbat care a urmat tratamentul 4—5 ani, putem îngădui căsătoria, cu condiţia ca acest bărbat să-şi facă, după căsătorie, 1—2 cure pe an, iar soţia lui să-şi facă tratament cu prilejul fiecărei sarcini.

Mai survine cazul în care, reacţia Wassermann în sânge fiind ireductibilă, puncţia lombară relevă şi ea o reacţie meningee ; în acest caz, căsătoria va fi amânată cu doi ani, timp în care bolnavul va urma tratamentul şi va fi supus unor puncţii lombare repetate, până ce lichidul cefalo-rachidian a devenit negativ.

Se întâmplă des ca unii candidaţi la căsătorie, deşi sifilitici vechi, să nu poată da decât indicaţii foarte imprecise asupra tratamentului pe care l-au urmat. In cazul acesta, dacă examenul clinic nu arată nimic anormal, şi dacă după reactivare reacţia Wassermann rămâne negativă, vom îngădui căsătoria cu unele restricţii deduse din normele căsătoriilor permise sub rezervă.

Dacă, la sifiliticii vechi, reacţia Wassermann este pozitivă, vom amâna căsătoria cu doi ani, independent de prezenţa sau lipsa semnelor clinice ; un an va fi consacrat tratamentului şi celalt an supravegherii. Dacă, după trecerea acestui interval, reacţia Wassermann rămâne pozitivă, vom îngădui căsătoria dar cu condiţia ca nici un accident sifilitic să nu se fi ivit în aceşti doi ani ; bine înţeles, candidatul va trebui să-şi continue tratamentul.

Situaţiuni complexe derivă din consultarea prenupţială a *paraliticilor generali*. In general, numai o mică parte din paraliticii generali trataţi prin malariaterapie pot contracta o căsătorie (251). Se recomandă a se acorda certificatul acelor bolnavi vindecaţi prin malariaterapie, la cari timp de 2—3 ani după vindecarea psihică, analizele repetate de sânge şi lichid cefalo-rachidian arată o tendinţă progresivă spre vindecare. In plus, interdicţia sau tutela temporară trebue să fi fost ridicate, iar candidatul să nu fi prezentat timp de 3—4 ani vreo turburare mintală. Se va ţine seamă şi de eventuala impotenţă genitală.

Scanned with OKEN Scanner

O mare importanţă, din punct de vedere al politicii demografice calitative, prezintă cazurile cărora *căsătoria le este interzisă definitiv* (248). Căsătoria poate fi interzisă în interesul candidaţilor înşişi sau poate fi interzisă din motive sociale, dat fiind pericolul pe care l-ar prezenta, pentru întreaga colectivitate, descendenţa rezultată dintr'o atare căsătorie.

Exemple pentru prima categorie de contra-indicaţii ale căsătoriei: cancerul incurabil, sifilisul nervos.

Pentru a doua categorie: vagabonzii, delicvenţii şi criminalii, homosexualii, criminalii sexuali, dar mai ales bolnavii mintali ereditari. Căsătoria va fi interzisă deasemenea în cazuri de orbire ereditară, surdo-mutitate şi un număr de anomalii fizice ereditare grave.

Chestiunea căsătoriei bolnavilor mintali a făcut obiectul unor desbateri amănunţite în Germania (251). Anumite turburări mintale dobândite, deşi nu pun în primejdie descendenţa, periclitează însă armonia căsătoriei şi educaţia copiilor. In plus prilejuesc orfani tineri. Astfel sunt turburările depe urma leziunilor traumatice cerebrale, în războiu sau în câmpul muncii; apoi turburările consecutive tumorilor cerebrale operate, ca şi cele în legătură cu scleroza multiplă şi encefalita letargică. In aceeaş categorie intră psihozele simptomatice: delirurile, stările de excitaţie, stările hiperestesico-emoţionale. O extremă rezervă se impune la consultarea prenupţială a acestor bolnavi. Dealtfel s'a constatat că 31% din aceste căsătorii se termină prin divorţ.

Certificatul prenupţial poate merge dela impunerea restricţiunii minimale, limitată la o anumită boală şi numai pentru unul din candidaţi, până la măsurile cele mai severe, când restricţiunea se referă la un mare număr de boli şi se aplică ambilor candidaţi, sub sancţiunea de pedepse aspre.

Certificatul prenupţial de caracter sever, care obligă pe candidaţi să dovedească că nu suferă de nici una din bolile grave transmisibile celuilalt soţ sau descendenţei, s'a aplicat şi se aplică în unele state din America şi Europa.

In Statele Unite, examenul medical prenupţial obligatoriu pentru ambii candidaţi a fost legiferat în statele următoare: New Hampshire, Rhode Island. Illinois, Visconsin, New Jersey, Connecticut, Michigan, New York, Oregon şi Kentucky. Certificatul prenupţial este cerut numai bărbatului în 4 state: Alabama, Texas, Louisiana, Wyoning. In general, se cere candidatului la căsătorie să nu sufere de alienaţie mintală şi boli venerice transmisibile (252).

In Ecuador, ambii candidaţi trebue să dovedească că nu suferă de o boală incurabilă; în Guatemala şi Argentina, la fel (252).

Bulgaria, Portugalia, Suedia şi Danemarca interzic căsătoria candidaţilor care suferă de boli mintale sau de boli venerice în faza contagioasă, epilepsie, lepră. Candidaţii trebue să se conformeze întocmai certificatului eliberat de medic, în caz contrar sunt pasibili de sancţiuni. In Estonia există din 1936,

o legiferare a certificatului prenuptial, care interzice căsătoria în cazurile de boli mintale nevindecabile, epilepsie gravă, lepră şi boli venerice în faza contagioasă (253).

In Germania a fost decretată, la 18 Octombrie 1935, legea pentru protecţia sanitară a căsătoriei. Prevederile principale ale acestei legi sunt:

Art. 1. — Căsătoria este interzisă în cazurile următoare: a) când una din părţile contractante suferă de o boală care poate contamina anturajul său şi altera sănătatea descendenţilor; b) când unul din candidaţi a fost pus sub tutelă sau, chiar dacă această măsură n'a fost luată, când candidatul suferă de o boală mintală periculoasă pentru anturajul său; c) când unul din candidaţi suferă de una din bolile ereditare care sunt pasibile de aplicarea legii sterilizării.

Art. 2. — Părţile contractante sunt obligate a prezenta, în ajunul căsătoriei, un certificat emanând dela oficiul sanitar, zis „certificat de aptitudini la căsătorie" şi care atestă că cei doi candidaţi nu suferă de niciuna din bolile prevăzute la art. 1 al acestei legi.

Art. 3. — Căsătoria nu este valabilă când se dovedeşte că certificatul de aptitudine conţinea informaţii false sau că ofiţerul stării civile s'a pretat la falsuri. Dacă, în orice moment după celebrarea căsătoriei, obstacolele cari figurează la art. 1 ar dispare, căsătoria redevine valabilă dela data la care a fost celebrată.

Art. 4. — Orice infracţiune la dispoziţiile prezentei legi este pedepsită cu cel puţin 3 luni închisoare.

Menţionăm că, tot în Germania, s'au introdus *consultaţii prenupţiale pentru diabetici.* Ţinând seama de faptul că predispoziţia la diabet are caracter recesiv, se caută să se convingă candidatul diabetic să nu se căsătorească cu o persoană dintr'o familie unde nu există diabet. Intr'adevăr, dintr'o căsătorie în care unul din soţi are tara diabetică, chiar dacă celalt provine dintr'o familie complet lipsită de această tară, putem oricând să ne aşteptăm ca unii din copii să fie la rândul lor diabetici. Tara, latentă la părinte, poate deveni manifestă la copil (253).

Norme severe de selecţiune prenupţială au fost adoptate în Germania pentru anumite grupuri cari reprezintă o *elită biologică.* Astfel, pentru conducătorii tineretului hitlerist, decizia Ministerului de Interne din 18 Ianuarie 1939 cere ca examenul prenupţial să fie făcut numai de către medicul oficiului sanitar; la fişa întocmită de medic trebue anexată o fişă de spiţă. Fişa de spiţă trebue să aducă informaţii precise asupra valorii ereditare a familiei candidatului, stăruindu-se asupra capacităţii familiale pentru activităţi deasupra mediei normale, fie că e vorba de randament profesional, sportiv sau spiritual (253).

In Turcia, legea sanitară din 1931 obligă pe toţi candidaţii la căsătorie să se supună examenului prenupţial (254).

Căsătoria este interzisă, în Turcia, venericilor contagioşi, leproşilor şi alienaţilor. Tuberculoşilor li se acordă un termen de 6—12 luni; dacă după acest termen leziunile persistă, se atrage candidaţilor atenţia asupra pericolului ce va rezulta din convieţuire.

In Italia, diverşi autori au insistat asupra necesităţii examenului prenupţial. In 1932 însă, cu prilejul congresului medicilor catolici, ţinut la Florenţa, s'a respins ideea certificatului prenupţial obligatoriu (254).

Dar în afară de această severă formă de certificat, există şi o alta, mai *atenuată*: candidaţii sunt doar obligaţi să-şi comunice reciproc constatările din certificat, urmând ca apoi fiecare să decidă dacă mai dă curs proectului de căsătorie. Astfel, în Rusia (254) şi Norvegia, candidaţii trebue să se informeze unul pe altul dacă suferă sau nu, de boli venerice, epilepsie, lepră; liberi sunt apoi să decidă cum vor.

O a treia formă de certificare prenupţială este aceea care, fără a i se divulga conţinutul între părţile contractante, poate însă servi pentru o acţiune în justiţie ulterioară. In momentul căsătoriei, candidaţii se mulţumesc a-şi atesta reciproc că s'au supus examenului medical prenupţial, certificatul rămânând anexat dosarului căsătoriei.

Ideea certificatului prenupţial a ridicat o serie de obiecţiuni, atât sub raportul medical cât şi sub cel social, juridic, sentimental, etc.

Obiecţiunea că nu este just să ne atingem de libertatea cuiva, fie el chiar cu tare ereditare sau diformaţiuni grave, este uşor respinsă prin argumentul interesului biologic colectiv, care dictează să se împiedece transmiterea bolilor. Obiecţiunea că formalitatea certificatului prenupţial ar favoriza concubinajul nu este valabilă; acel care a îndeplinit numeroasele formalităţi pentru a ajunge la accelerarea căsătoriei, poate foarte bine să mai îndeplinească una. La obiecţiunea unor medici că certificatul nu oferă o siguranţă completă, întru cât diverse infecţiuni pot apare sau să se manifeste ulterior, se răspunde că nu există gen de expertiză unde să nu rezide un anumit coeficient de erori şi de impreviziune. Alţi autori au scos în evidenţă ştirbirea a două principii de bază ale profesiunii medicale: responsabilitatea medicului şi secretul profesional. In ce priveşte responsabilitatea medicului, legile din statele unde se aplică certificarea prenupţială au degajat pe medic de orice răspundere, civilă sau penală, în legătură cu atestarea sa. In ce priveşte păstrarea secretului profesional, există modalităţi legale care degajează pe medic şi sub acest raport.

In total privit, certificatul prenupţial apare ca una din măsurile principale pentru dirijarea normalizării biologice a naţiunii. Va fi o dirijare în sensul formării unei conştiinţe colective pentru sănătate, implicit deci o ridicare de nivel eugenic.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Controlul preventiv al naşterilor şi avortul eugenic*

Politica eugenică impune şi o normalizare a procreaţiei. Din moment ce căutăm să împiedecăm căsătoriile disgenice, cu atât mai mult va fi necesar ca ,acolo unde selecţiunea aceasta nu s'a putut înfăptui în timp util, să intervenim cel puţin, tot în cadrul eugeniei dirijate, spre a împiedeca procreaţia dezordonată, aşa cum ea decurge astăzi în massele largi ale populaţiei.

După unii autori, ar fi mai multe categorii de indicaţiuni pentru instituirea unui control preventiv al naşterilor prin utilizarea mijloacelor anticoncepţionale sau prin întreruperea sarcinei. O indicaţiune medicală ar fi tuberculoza evolutivă a mamei; reamintim că, deşi redusă, există posibilitatea transmiterii tuberculozei pe cale placentară dela mamă la făt. Vin apoi indicaţiuni sociale, în general factorii mediului economico-social, cu acţiune nocivă, precum mizeria, locuinţa rea, supra-popularea, alimentaţia insuficientă (indicaţiunile sociale nu sunt admise decât cu multă rezervă). In fine, vin foarte importantele indicaţiuni eugenice: cazurile de debilitate mintală congenitală, schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie ereditară.

Unul din argumentele care pledează în favoarea controlului preventiv al naşterilor este marea frecvenţă a avorturilor clandestine. Morbiditatea şi mortalitatea prin aceste avorturi sunt foarte ridicate. După unele statistici, se practică azi circa 2 milioane avorturi clandestine pe an în Statele Unite, 1 milion în Germania (înainte de 1933), 600.000 în Franţa (255).

Controlul preventiv al naşterilor apare ca o măsură justificată, atunci când ţinem seama de natalitatea diferenţiată după clase. Din moment ce elementele biologice inferioare ale societăţii se înmulţesc mai repede decât elementele păturilor superioare, şi cum aceste elemente inferioare se găsesc în categoriile sociale ce nu recurg la o stăvilire a procreaţiei, este dela sine înţeles că prin controlul preventiv al naşterilor vom reuşi să stabilim un oarecare echilibru între clasele de valoare biologică extremă din societate.

Intreruperea sarcinei după indicaţii eugenice este practicată în unele ţări în „Birth Control Clinics", care au luat naştere în Olanda, ţările anglo-saxone, Elveţia, Polonia, Rusia, apoi în India, Japonia şi Mexic.

Rezumând, putem spune că un control preventiv al naşterilor se realizează principial sub trei forme: împiedecarea concepţiunii, avortul din motive sociale, avortul din motive eugenice.

Relativ la *împiedecarea concepţiunii*, este interesantă noţiunea de „gerocepţie" (256). Se înţelege prin gerocepţie, orânduirea raţională şi ştiinţifică a alternanţei între perioadele de prevenire a concepţiei şi perioadele de favorizare a ei, la o persoană dată. Desigur, pentru o astfel de raţionalizare, este necesar să avem la îndemână mijloace anticoncepţionale inofensive şi sigure. Provocarea concepţiunii acolo unde este într'adevăr de dorit, se numeşte proconcepţiune. Preîntâmpinarea concepţiunii se numeşte contracepţiune.

Scanned with OKEN Scanner

Importanţa eugenică a gerocepţiei ar consta în faptul că putem orândui procrearea la femeile tinere, în aşa fel încât ea să se efectueze în acea perioadă în care va rezulta o descendenţă optimă din punct de vedere biologic.

In legătură cu *avortul social*, este de remarcat că indicaţiunile lui rămân valabile cel mult atât timp cât persistă deficienţele economice şi sociale în ţara respectivă ; aceasta principial, dar în fapt avortul social rămâne o măsură de excepţie.

Exemplul Rusiei Sovietice este concludent în această privinţă. Legalizarea avortului social, decretată în 1920, a fost considerată dela început de legislatorul sovietic „ca un mijloc provizoriu, destinat a studia cauzele avortului, pentru a-l combate mai bine, şi nu ca un principiu" (257).

Din 1920 şi până în 1935, s'a putut constata că în parte au rol etiologic în avort, mizeria şi şomajul femeii. Ori, situaţia economică a ţărilor din U. R. S. S. ameliorându-se după 1933, a rezultat automat o creştere a natalităţii şi cum posibilităţile materiale ale femeilor din massă, de a-şi creşte copiii, au devenit mai mari, legalizarea avortului social nu se mai putea justifica. Din cauza aceasta, legea din 26 Iunie 1936 a interzis avortul legal practicat din motive sociale.

Rămân cu caracter de permanenţă, indicaţiile avortului *eugenic*, adică practicarea avortului acolo unde există, în marea majoritate a cazurilor, certitudinea că produsul procreaţiunii va fi un degenerat (258). Unele ţări au legiferat în acest sens.

In România, codul penal prevede următoarele :

Art. 384. — Nu se consideră avort întreruperea cursului normal al sarcinii făcută de un medic.... când unul din părinţi este atins de alienaţie mintală şi există certitudinea că copilul va purta grave tare mintale.

3. *Lupta contra metisajului*

Menţinerea purităţii organismului etnic are, neîndoielnic, repercutări favorabile demografice. De aceea este logic să luptăm, pe cât posibil, în contra încrucişării tipurilor de rase diferite, adică să luptăm împotriva metisajului.

In trecutul omenirii, încrucişarea între rase, sub înrîurirea diverselor împrejurări politice, climaterice şi a migraţiunilor, au jucat un rol important. Astăzi însă, când, alături de politica cantitativă a populaţiei, se urmăreşte calitativ menţinerea unei anumite purităţi a însuşirilor somatice, trebue urmărită conservarea trăsăturilor originare ale grupului demografic respectiv.

Cercetări interesante asupra amestecului de rase au fost făcute într'o colonie de bastarzi din Rechoboth, în Africa de Sud-Vest : această colonie este formată exclusiv din descendenţii încrucişărilor dintre Buri (populaţie de origine olandeză) şi fetele de Hotentoţi. S'a

constatat că nu este adevărată susținerea relativă la scăderea fertilității prin metisaj. Aceste rezultate au fost confirmate în urmă de cercetările făcute asupra populației de metiși din insulele Jamaica și Bermude. In concluzie, dacă se face abstracție de argumentul invocat mai sus, adică menținerea unei anumite purități a însușirilor somatice, se poate spune, după *Siemens*, că „bastarzii rezultați din „amestecul a două rase nu sunt nici mai buni, nici mai răi decât „rasele lor de origine".

Bastarzii reprezintă totuși de multe ori un element disgenic, dar aceasta s'ar datori nu vreunui factor endogen, ci unui factor de mediu și anume: multe încrucișări rasiale au loc între elemente asociale și criminale, elemente situate pe o treaptă cu totul inferioară a valorilor sociale (25).

4. *Combaterea consangvinității*

Din punct de vedere al eugeniei, consangvinitatea reprezintă în general un factor de alterare biologică a indivizilor, căci agravează tarele preexistente. Căsătoria între rude apropiate are de efect scăderea fecundității, alterarea sănătății copiilor rezultați și de multe ori favorizarea debilității organice, a nevropatiilor, psihozelor, rachitismului, surdo-mutității, etc.

Prin consangvinitate, tarele familiale se acumulează ; acest fenomen se observă în gută, diabet, reumatism, obezitate, etc. De multe ori căsătoria între rude aduce cu sine un grad de decădere organică.

Consangvinitatea favorizează transmiterea tarelor recesive, pe baza legilor mendeliene (259). Pentru albinism, de exemplu, care constitue o anomalie recesivă, atât timp cât indivizii dintr'o familie albinotică se căsătoresc cu alții, din familie normală, produsul concepțiunii va fi doar purtător latent al tarei; dacă însă se căsătoresc între ele persoane din aceeaș familie de albinotici, indivizii rezultați vor fi albinotici; tara se acumulează.

Reamintim și observațiile importante care s'au făcut într'un număr de familii domnitoare, în special printre descendenții Reginei Victoria a Angliei și ai soțului ei Albert, ambii din familia de Saxa-Coburg, cu privire la transmiterea și acumularea hemofiliei prin consangvinitate.

In legătură cu efectele consangvinității, cercetări experimentale au arătat că, la un număr de animale și plante, încrucișarea repetată — timp de generații consecutive — între indivizii de aproape înrudiți, a avut drept efect o reducere progresivă a dimensiunilor corporale, scăderea prolificității și mărirea receptivității la boli (25).

Scanned with OKEN Scanner

In multe țări legislația civilă interzice căsătoria între rudele apropiate. In Italia codul civil interzice căsătoria între: ascendenții și descendenții legitimi și naturali; surori-frați legitimi și naturali; veri-verișoare; unchiu-nepoată și mătușă-nepot (254). In România, codul civil, art. 143, interzice căsătoria între ascendenți și descendenți, iar art 144 interzice căsătoria între colaterali până la al 4-lea grad.

5. *Segregarea*

Segregarea constă în îndepărtarea elementelor disgenice, din cadrul colectivității organizate. Aceste elemente sunt internate, temporar sau definitiv, într'un anumit loc (localitate sau instituție), fiind astfel împiedecate de a procrea.

In Anglia, încă în 1834, s'a votat „English poor law", lege pe baza căreia cerșetorii și vagabonzii sunt internați în „case de muncă (work-houses), separați după sexe, așa încât sunt împiedecați a procrea. In Italia, procedându-se la izolarea totală a gușaților și cretinilor din valea râului Aosta, ulterior aceste tare aproape au dispărut din zisa regiune (260). In Anglia, s'a votat în 1913 „Mental decifiency act", pe baza căruia debilii mintali sunt segregați, fiind supuși totodată terapeuticii prin muncă.

Sub o altă formă, segregarea a fost aplicată recent în Germania, în cadrul asistenței pentru elementele *asociale* (261, 262). O bună parte din acestea sunt purtătoare de deficiențe permanente, fizice ori psihice, și izolându-le în instituții închise, îndeplinim operă de eugenie. Vagabonzii, anumite categorii de debili mintali, leneșii iremediabili sau fobici ai muncii, alcoolicii inveterați, sunt categorii disgenice, ale căror posibilități de procreare trebuesc limitate prin segregare.

6. *Sterilizarea și castrarea eugenică*

a. Privire istorică

Sterilizarea este o operație chirurgicală simplă și inofensivă, prin care i se suprimă bărbatului capacitatea de a fecunda și femeii putința de a concepe. In ce privește secrețiunea internă a glandelor genitale, aceasta rămâne intactă.

La bărbați, operația constă, în principiu, în suprimarea unei părți din canalul deferent. Sunt mai multe procedee de operație (263), între cari cel prin incizie scrotală.

La femei, intervenția constă principial în suprimarea unei părți din trompe și obstruarea lor. Se întrebuințează cu bune rezultate și procedeul lui *Flatau:* torsionarea trompei (264).

Scanned with OKEN Scanner

Cercetări experimentale făcute la Clinica ginecologică a Universității germane din Praga, în 1937, au arătat că, după vasectomie, funcțiunile testiculului rămân complect păstrate (experiențe la epuri). In ce privește însă situația celulelor spermatice din sperma stagnat în coada epididimului și în canalul spermatic, la animalele vasectomizate, jumătate din aceste celule erau moarte, iar lichidul spermatic recoltat s'a dovedit a fi total incapabil de fecundație artificială.

Se poate deduce că scopul urmărit prin vasectomie, adică suprimarea capacității de a procrea, este atins (265).

Dacă sterilizarea preventivă a căpătat mai mare extensiune odată cu legea germană din 1933, de fapt aplicarea acestei măsuri este mai veche. Incă în 1899, *Marx* și *Ochsner* din Chicago au recomandat vasectomia, iar *Sharp* a executat-o în același an asupra criminalilor. In statul Indiana din U. S. A. se executaseră, până în 1907, 700 sterilizări eugenice. Operațiunea a început a fi aplicată pe scară mai întinsă după războiu. In anul 1926, Curtea Federală a Statelor Unite hotărăște că operația sterilizării nu este anticonstituțională și astfel a căzut o importantă barieră pe care juriștii o opuneau uneori la efectuarea sterilizării. Până în Ianuarie 1933, se efectuaseră, în Statele Unite, un total de 16.066 sterilizări preventive (6999 bărbați și 9067 femei); numai în statul California s'au efectuat 8504 sterilizări (266).

In ce privește țările *europene*, este de remarcat că încă în 1897 ideea sterilizării și-a făcut loc în Germania; la această dată, profesorul *Kehrer* din Greifswald a sterilizat o femee ce procrease anterior mai mulți copii idioți. In Elveția, după sugestia lui *Forel*, s'au practicat primele sterilizări în anul 1905

b. Legiferări în Germania

La 14 Iulie 1933 a fost decretată *legea pentru preîntâmpinarea descendenței bolnave ereditar* (267).

Această lege conține nu numai principiile preconizărilor anterioare privind sterilizarea, dar și un număr de concepții originale, destinate să promoveze protecția biologică a rasei. Principiile sale fundamentale asigură la maximum eliminarea dela procreație a elementelor disgenice, iar pe de altă parte oferă garanții suficiente pentru perpetuarea elementelor normale (instanțe de apel pentru cei care eventual au fost indicați pe nedrept pentru operația sterilizării).

Textul integral al legii este următorul:

ART. 1. — Bolnavul ereditar poate fi sterilizat printr'o intervenție chirurgicală, dacă după datele științei medicale este de prevăzut, cu multă probabilitate, că urmașii lui vor suferi de boli ereditare grave, fizice și psihice.

Bolnav ereditar, în înțelesul acestei legi, este cel ce suferă de una din următoarele boli: debilitate mintală congenitală, schizofrenie, psihoză ciclică

(maniaco-depresivă), epilepsie ereditară, coree ereditară (coreea Huntington), orbire ereditară, surditate ereditară, anomalii grave fizice ereditare.

Poate fi sterilizat şi cel ce suferă de alcoolism grav.

ART. 2. — Cererea o face persoana care urmează să fie sterilizată.

Dacă aceasta este incapabilă de a se conduce sau este pusă sub interdicţie din cauză de debilitate mintală, sau n'a depăşit vârsta de 18 ani, reprezentantul ei legal va face cererea ; pentru aceasta are nevoe de aprobarea tribunalului de tutelă. In celelalte cazuri, de incapacitate limitată a solicitantului, cererea are nevoe de aprobarea reprezentantului legal. Dacă un individ major este îngrijit de o altă persoană, este nevoe şi de aprobarea acesteia.

Cererii i se va anexa o atestare din partea unui medic cu drept de liberă practică în Germania, constatând că cel ce urmează să fie sterilizat a fost pus la curent cu natura şi consecinţele operaţiunii. Cererea poate fi retrasă.

ART. 3. — Sterilizarea poate fi cerută şi de : medicul oficial, sau de directorul instituţiei pentru pensionarii spitalelor, sanatoriilor, instituţiilor corecţionale

ART. 4. — Cererea se adresează în scris tribunalului eredităţii.

Faptele pe cari se bazează cererea trebuesc confirmate printr'un certificat medical, cum şi prin alte dovezi.

ART. 5. — Hotărîrea o dă tribunalul eredităţii în a cărui circumscripţie îşi are sediul judecătoresc persoana care urmează să fie sterilizată.

ART. 6. — Tribunalul eredităţii va fi anexat unui tribunal oficial. El se compune dintr'un judecător ca preşedinte, dintr'un medic oficial şi din încă un medic cu drept de liberă practică în Germania, care să fie adânc cunoscător al chestiunilor de ereditate. Fiecare membru al comisiunii îşi va avea un supleant.

Nu poate fi preşedinte persoana care şi-a dat consimţimântul în caz de tutelă, conform art. 2, par. 2. Medicul oficial care a făcut cererea de sterilizare, nu poate face parte din comisiunea de judecată.

ART. 7. — Procedura în faţa tribunalului eredităţii nu este publică. Tribunalul eredităţii institue toate mijloacele de informaţie necesare; poate audia martori şi specialişti, poate ordona compariţia în persoană a celui ce urmează să fie sterilizat, precum şi examenul medical. In ce priveşte audierea şi prestarea jurământului de către martori şi specialişti, precum şi în privinţa excluderii şi a recuzării judecătorilor, sunt valabile prescripţiile procedurii civile. Medicii audiaţi ca martori sau specialişti sunt obligaţi a spune adevărul, fără consideraţie pentru secretul profesional. Autorităţile judiciare şi administrative, precum şi instituţiile spitaliceşti, trebue să furnizeze, la cerere, tribunalului de ereditate, orice informaţiuni.

ART. 8. — Tribunalul hotărăşte, după considerarea tuturor rezultatelor desbaterilor şi a tuturor dovezilor. Hotărîrea se ia, după desbatere orală, cu majoritate de voturi. Hotărîrea este redactată în scris şi semnată de membrii care au participat la luarea ei. Ea va arăta motivele pentru care sterilizarea a fost decisă sau respinsă. Hotărîrea va fi comunicată autorităţii care a făcut cererea, medicului oficial, precum şi persoanei a cărei sterilizare s'a cerut sau, în cazul când aceasta este incapabilă de a se conduce, reprezentantului ei legal.

ART. 9. — Impotriva deciziei, persoanele prevăzute la art. 8, prop. V-a, pot să declare apel în interval de o lună dela comunicarea ei, la tribunalul eredităţii. Introducerea apelului are o acţiune suspensivă asupra executării deciziei. Asupra apelului decide tribunalul superior al eredităţii.

ART. 10. — Tribunalul superior al eredităţii va fi anexat unei Curţi

Scanned with OKEN Scanner

superioare, provirnciale, cuprinzând circumscripţia acesteia. El se compune dintr'un membru al Curţii provinciale, un medic oficial şi încă un medic cu drept de liberă practică în Germania, specializat în chestiuni de ereditate. Fiecare membru va avea un supleant. Art. 6 par. 2 este valabil şi aci.

In ce priveşte procedura în faţa tribunalului superior al eredităţii, sunt aplicabile articolele 7 şi 8.

Tribunalul superior al eredităţii decide în ultimă instanţă.

ART. 11. — Operaţia chirurgicală necesară pentru sterilizare trebue să se facă numai într'o instituţie spitalicească, de către un medic cu drept de liberă practică în Germania. Acesta va întreprinde operaţia numai după ce decizia de sterilizare a devenit definitivă. Autoritatea superioară provincială determină instituţiile spitaliceşti şi medicii cărora li se încuviinţează executarea sterilizării. Operaţia nu poate fi întreprinsă de către medicul care a făcut cererea sau a colaborat în timpul procedurii.

Medicul executant va adresa un referat scris medicului oficial asupra executării sterilizării, indicând şi procedeul utilizat.

ART. 12. — Odată ce judecata a decis definitiv sterilizarea, ea trebue executată şi în contra voinţei celui ce trebue sterilizat. Medicul oficial va cere autorităţilor poliţieneşti să ia măsurile necesare; întrucât alte măsuri nu vor fi suficiente, se admite utilizarea constrângerii imediate. Dacă se ivesc împrejurări care necesită o nouă cercetare a stărilor de lucruri, tribunalul eredităţii va relua procedura, interzicând momentan executarea sterilizării.

In caz că cererea de sterilizare a fost dela început respinsă, reluarea chestiunii este admisibilă numai dacă s'au ivit fapte noi care să justifice sterilizarea.

ART. 13. — Costul procedurii judecătoreşti îl suportă statul. Costul operaţiei chirurgicale îl suportă, pentru membrii asigurărilor de boală, casa de boală; la celelalte persoane lipsite de mijloace, organismul de asistenţă. In toate celelalte cazuri, cheltuielile până la concurenţa onorariilor medicale minimale şi a onorariilor medii de spitalizare, în spitale oficiale, le suportă statul; dincolo de această limită, sterilizatul.

Art. 14. — Sterilizarea care nu se execută după prescripţiile acestei legi precum si îndepărtarea glandelor genitale, nu se admit decât dacă sunt întreprinse de un medic, după regulile artei medicale, în scop de înlăturare a unui pericol grav pentru viaţa sau sănătatea aceluia asupra căruia le întreprinde şi cu consimţământul acestuia.

ART. 15. — Toate persoanele cari au participat la procedură şi la executarea actului chirurgical sunt obligate să menţină secretul. Cine contravine acestei obligaţiuni va fi pedepsit cu închisoare până la un an sau cu amendă. Urmărirea începe numai pe bază de reclamaţie. Reclamaţia o poate face şi preşedintele.

ART. 16.— Executarea acestei legi revine guvernelor provinciale.

Autorităţile superioare provinciale hotărăsc sediile şi circumscripţiile tribunalelor eredităţii. Ele numesc membrii şi pe supleanţii acestora.

Art. 17. — Ministrul de interne al Reichului, în înţelegere cu ministrul de justiţie, emite ordonanţele juridice şi administrative, necesare pentru executarea acestei legi.

ART. 18. — Această lege intră în vigoare la 1 Ianuarie 1934

Numeroase ordonanţe şi decizii explicative au urmat acestui text de lege, toate cu scopul de a permite o bună aplicare practică a sterilizării. Indată ce

medicul oficial s'a convins de necesitatea efectuării sterilizării, el întreprinde operă de persuasiune pe lângă sterilizabil sau pe lângă reprezentanţii legali ai acestuia, pentru ca ei înşişi să facă cererea. O anumită acţiune educativă este îndeplinită astfel. La tribunalul ereditătii procedura poate fi reluată în orice moment, dacă se ivesc circumstanţe care impun o nouă examinare a stării de fapt. De obicei, reluarea procedurii este ordonată din oficiu ; dar oricine poate cere această reluare. Sterilizarea forţată nu poate fi întreprinsă sub vârsta de 14 ani. Serilizarea, în general, nu poate fi executată la copii sub 10 ani (266-269)

In practică, se ţine seama de o anumită prioritate a cazurilor N'are sens, de pildă, să se încarce activitatea tribunalelor ereditătii cu propuneri de sterilizare a femeilor trecute de 45 ani, a alcoolicilor trecuţi de 60 ani, a debililor mintali extremi, total abrutizaţi. Cererile de sterilizare trebue să fie bine documentate ; se anexează acte emanând dela oficiile tineretului, acte de pensie, de punere sub tutelă, foi de observaţie medicală, extrase din actele instanţelor penale, certificate ale specialiştilor (270).

După ce sentinţa tribunalului de ereditate a rămas definitivă, medicul oficial urmăreşte executarea ei. El ţine evidenţa la zi a tuturor cazurilor din circumscripţia lui.

O problemă importantă a fost fixarea onorariilor pentru operaţia sterilizării. In 1937, prin convenţia între organizaţia medicilor germani şi casele de boală, s'a fixat onorariul : pentru sterilizarea unei femei 50 mărci şi a unui bărbat 25 mărci, sume în care intră şi anestezia şi tratamentul complicaţiilor eventuale (271).

Castrarea în scop eugenic. La 24 Noembrie 1933 s'a decretat, în Germania, legea în contra criminalilor recidivişti. Această lege prevede o serie de măsuri pentru punerea în siguranţă şi ameliorarea recidiviştilor în crimă (272) : internarea într'o instituţie curativă ; internarea într'o instituţie pentru alcoolici sau una educativă ; internarea într'un cămin de muncă ; *castrarea* criminalilor sexuali periculoşi; interdicţia de a exercita o profesie.

Castrarea este aplicată criminalilor ce au comis atentate sexuale. Sterilizarea nu este suficientă pentru aceştia, deoarece impulsul genitai persistând, ei sunt aţâţaţi mereu la a comite noi crime. Numai tribunalul poate ordona castrarea. Este nevoe de multă prudenţă, dat fiind repercutările grave ale acestei operaţii mutilante.

Legea precizează astfel indicaţiile castrării: tribunalul poate să ordone, deosebit de pedeapsă, ca bărbatul trecut de 21 ani să fie castrat, dacă a fost osândit la cel puţin 6 luni închisoare pentru o crimă comisă în scop de desfrâu, desfrâu cu copii, viol, sau spre a-şi excita sau satisface impulsul sexual. Aceeaşi măsură este indicată dacă a comis leziuni corporale grave, după ce a mai fost odată condamnat pentru un fapt asemănător, iar ancheta arată că este vorba de un recidivist periculos.

Castrarea micşorează întotdeauna „libido"-ul, aşa încât efectul operaţiunii asupra simţului genital este real. Limita inferioară de vârstă, pentru executarea castrării eugenice, este 25 ani (273).

c. Legiferări în alte state europene şi în Statele Unite

Deosebit de Germania, un număr de alte ţări : Danemarca, Finlanda, Norvegia, Suedia şi Estonia, au legiferat sterilizarea şi, în parte, castrarea în scop eugenic.

Legea din Estonia a intrat în vigoare la 1 Aprilie 1937. Indicaţiile sterilizării sunt : bolile mintale ereditare, debilitatea mintală, epilepsia gravă şi malformaţiile fizice grave, nevindecabile şi ereditare. Decizia, pentru fiecare caz în parte, este dată de directorul sănătăţii, iar apelul se face la tribunalul de Stat (274).

In ce priveşte legiferarea sterilizării eugenice în cele 4 state nordice : Danemarca, Finlanda, Norvegia şi Suedia, caracteristicile rees din următoarea privire comparativă (274) :

Legea daneză (sterilizare şi castrare) a fost votată la 11 Mai 1935, legea finlandeză la 13 Iunie 1935, legea norvegiană la 1 Iunie 1934 şi cea suedeză la 18 Mai 1934. In toate aceste legi, debilii mintali sunt supuşi sterilizării. Sterilizarea forţată este admisă în Finlanda, Norvegia şi Suedia. Secretul profesional este obligatoriu pretutindeni. In ce priveşte termenul legal în interiorul căruia trebue făcută sterilizarea, în Norvegia nu s'a fixat vreun termen, în Danemarca se cere ca sterilizarea să se execute cât mai repede posibil, în Finlanda şi în Suedia termenul maxim este de 6 luni. Relativ la metodele de sterilizare, în Danemarca nu se admite decât intervenţia chirurgicală, iar în celelalte ţări nu se precizează nimic în această privinţă.

Castrarea infractorilor sexuali este legiferată în Danemarca, Finlanda şi Norvegia.

Dintre statele extraeuropene, Statele-Unite posedă cea mai importantă legislaţie a sterilizării eugenice. La finele anului 1937, din cele 48 state, 31 legiferaseră sterilizarea bolnavilor ereditari. Numărul total al sterilizărilor efectuate a fost, până la 1 Ianuarie 1937, de 25.403. In timp ce din 1909 până la 1 Ianuarie 1933 se efectuaseră în total, cum am menţionat, 16.066 sterilizări, adică în medie 669 pe an, în intervalul dela 1 Ianuarie 1933 până la 1 Ianuarie 1937 s'au efectuat 9337 sterilizări, deci în medie 2668 pe an.

S'a calculat că în Statele-Unite ar fi un milion de indivizi indicaţi pentru sterilizare.

Scanned with OKEN Scanner

După state, cifra sterilizărilor efectuate până la 1 Ianuarie 1937 a fost (275) :

STATUL	*Anul introd. sterilizării*	*Bărbaţi*	*Femei*	*Total*
Alabama	1919	129	95	224
Arizona	1929	10	10	20
California	1909	5933	5551	11484
Connecticut	1909	23	372	395
Delaware	1923	263	231	494
Idaho	1925	4	10	14
Indiana	1907	321	228	549
Iowa	1911	61	46	107
Kansas	1913	1039	711	1750
Maine	1925	14	115	129
Michigan	1913	381	1315	1696
Minnesota	1925	224	1054	1278
Missisippi	1928	99	223	322
Montana	1923	34	62	96
Nebraska	1915	123	189	312
New Hampshire	1917	45	281	326
New York		1	41	42
North Carolina	1919	65	325	390
North Dacota	1913	84	250	334
Oklahoma	1931	42	113	155
Oregon	1917	378	727	1105
South Dacota	1917	110	194	304
U t a h	1925	46	60	106
Vermont	1931	41	98	139
Virginia	1924	1077	1557	2634
Washington	1909	31	165	196
West Virginia	1929	0	10	10
Wicsonsin	1913	96	696	792
	Total	10674	14729	25403

In diferite alte ţări s'au întocmit proecte pentru introducerea sterilizării eugenice. In Japonia un proect de lege foarte asemănător legii germane a fost depus, în 1937, de Asociaţia japoneză pentru sănătatea publică (276). In Anglia, s'a cerut în Camera Comunelor, în 1937, introducerea sterilizării voluntare, principiu acceptat de laburişti şi de massa populaţiei (277).

7. *Studiul ştiinţific al eredităţii şi al igienei rasei*

a. Pregătirea în institute speciale

In principiu, orice medic trebue să se familiarizeze cu metodele de studiu al eredităţii, învăţământul teoretic fiind completat prin frecventarea de institute speciale.

Numărul specialiştilor în ereditate va rămâne, bine înţeles, restrâns. Dar majoritatea medicilor trebue să se pregătească pentru a îndeplini un rol de netăgăduită importanţă şi anume : să adune, pentru specialişti, material de bază care să îngădue o documentare exactă ; să ţină la zi şi să păstreze foile de observaţie individuale ; să adune amănunte cât mai precise relativ la un mare număr de rude ale

bolnavilor pe care îi îngrijesc ; să țină cartotecile pe lungi perioade de observație ale acestor bolnavi. O astfel de muncă de documentare va îngădui cunoașterea, din punctul de vedere al eredității, a populației unei întregi regiuni. Acestei populații i se vor preciza caracterele fizice și psihice, precum și bolile și anomaliile cu mers ereditar. Se va stabili apoi regularitatea cu care diversele caractere, boli și anomalii se transmit dela o generație la alta. In fine, se va stabili cari influențe anterioare acționează, fie favorizând, fie inhibând această evoluție.

Pregătirea se capătă în *institute pentru biologia eredității și igiena rasei*. Un astfel de institut este cel din Frankfurt am Main, de sub conducerea (până în 1942) profesorului *von Verschuer* și al cărui program de studii poate servi ca normă generală (278).

La început se predau lecții introductive la biologia eredității la om Urmează cursuri de biologie generală a eredității, studiul raselor și al constituției. Apoi se predă igiena rasei, selecțiunea, mișcarea populației și igiena eredității. Pentru un număr de auditori ce urmează să se specializeze, sunt rezervate cursuri speciale asupra metodelor în studiul biologiei eredității : cercetarea familiilor și a gemenilor, statistica biologico-ereditară, antropometria și cercetarea paternității. Etapa finală a învățământului constă în cursuri predate în *clinica eredității*. Aci participă mai ales medicii cari vor lucra în dispensariile de igiena eredității și a rasei sau la comisiile de pe lângă tribunalele eredității. In clinică se înfățișează cazuri concrete, care sunt apoi interpretate.

După un program mai mult sau mai puțin desvoltat, funcționează un număr de alte instituții, având de obiect studiul științific al eredității și al igienei rasei. In Germania ființează Institutul Kaiser Wilhelm pentru antropologie, ereditatea umană și eugenie; din Berlin ; Institutul pentru știința eredității și igiena rasei din Würzburg ; Institutul pentru igiena rasei din Giessen ; Institutul pentru știința eredității din Greifswald ; Institutul pentru cercetări asupra eredității umane, din Jena ; Institutul pentru biologia rasei din Königsberg ; Institutul de genealogie și demografie din München (278).

In Italia, profesorul *N. Pende* a creat Institutul biotipologic-ortogenetic din Genova, centru de studii asupra creșterii și a constituției individuale. Unitatea vitală psihosomatică a individului, sub înfățișarea ei morfologică, umorală și psihologică, este studiată. Această unitate constitue biotipul, expresie în bună parte a eredității (278).

b. Tabele genealogice și de spiță

Studiul eredității este susceptibil de mari desvoltări ; el este în legătură strânsă cu numeroase științe și se îndrumă spre un grad de perfecțiune pe care încă nu-l putem prevedea. Dar, în starea actuală

a eugeniei, trebue să ne considerăm mulţumiţi dacă, prin pregătirea unor elemente specializate, vom atinge obiectivul următor: posibilitatea de a prevedea, cu destulă probabilitate, într'un caz dat, care va fi tipul fizic al indivizilor procreaţi şi care le vor fi caracterele psihofizice, normale şi morbide. Procreatorii şi ascendenţii lor urmează, firește, să fie cunoscuţi pe un număr de generaţii îndărăt.

Rezultatele acestui gen de cercetări sunt consemnate în *arbori genealogici*. Aceştia sunt de mai multe feluri (279).

Arborele genealogic propriu zis cuprinde înşirarea tuturor descendenţilor masculini ai strămoşului celui mai îndepărtat pe care îl putem descoperi din acte, arhive, documente bisericeşti, etc. Pentru biologia eredităţii valoarea unui astfel de tablou este redusă. La fiecare generaţie, massa ereditară a primului strămoş bărbat s'a înjumătăţit, căci descendentului i s'a transmis 50% massă ereditară dela tată şi 50% dela mamă. S'a calculat că, dacă pornim dela un individ al generaţiei noastre şi urcăm, prin arborele genealogic, până la strămoşul masculin din a opta generaţie îndărăt, individul nostru nu mai are comun cu acest strămoş decât 1/128 din massa lui ereditară.

Tabloul urmaşilor înşiră pe toţi descendenţii unui individ izolat sau ai unei perechi, indiferent de sexul acestor descendenţi. Un astfel de tabel este mult mai important pentru studiul eredităţii decât precedentul. Tabloul urmaşilor ne îngăduie să precizăm dacă massa ereditară a unui individ s'a menţinut invariabilă, a crescut sau s'a micşorat în decursul generaţiilor succesive. Prin astfel de tablouri s'a putut urmări mersul dominant al unor tare, dealungul mai multor generaţii.

Tabloul strămoşilor înşiră retrospectiv totalitatea ascendenţilor unui individ, ascendenţi de ambele sexe, dealungul mai multor generaţii. In practică se ia ca punct de plecare cei doi părinţi ai persoanei pe care o cercetăm. Pentru fiecare din cei doi părinţi sunt notaţi părinţii respectivi şi aşa mai departe. Un astfel de tablou nu dă informaţii suficiente asupra massei ereditare şi a evoluţiei sale. Mai întâi, după câteva generaţii îndărăt, este foarte greu să mai avem informaţii precise asupra eredităţii. Apoi, multe din caracteristicile ereditare ale individului pe care îl cercetăm pot să fi existat numai în stare latentă la ascendenţi.

Tabelul de spiţă, conceput de *K. Astel*, este de natură să aducă informaţii preţioase cercetătorului eredităţii. Prin „spiţă" se înţelege grupul format din cei patru bunici ai persoanei dela care pornim (proband-ul) împreună cu *toţi* descendenţii acestor bunici. Figurează deci, pe tablou, verii-verişoarele, unchii-mătuşile şi nepoţii de frate

și soră ai proband-ului. Este vorba, în definitiv, de grupul restrâns al rudeniilor, urmărite pe un număr minim de generații.

Din punctul de vedere practic, această metodă are multe avantaje. Este de admis că predispozițiile ereditare care sunt latente la persoana cercetată, trebue să se regăsească manifeste la cel puțin unul din indivizii care figurează pe tabelul de spiță.

Intocmirea tabloului de spiță pretinde un efort minim, față de munca pe care o presupune alcătuirea arborilor genealogici și a celorlalte tablouri. Nu mai trebue să recurgem la arhivele bisericilor și alte surse documentare, greu de obținut sau incomplecte. Informațiile se obțin ușor, căci este vorba de persoane care de obiceiu sunt în viață. Principial, orice locuitor care a trecut de 16 ani urmează să-și alcătuiască singur tabelul de spiță. In multe cazuri un număr de caractere care la început par neereditare, prin tabelul de spiță se dovedesc a fi ereditare.

Studiul eredității și măsurile care decurg din acest studiu stau la baza aplicațiilor practice de eugenie.

Este interesant să menționăm sfaturile pe care le dă igienistul italian *Ilvento:* fiecare menaj să aibă mulți copii, obținându-se astfel un număr însemnat de combinații ereditare, pentru ca să se constate care sunt cele mai favorabile; să se dea maxim de ajutor pentru păstrarea de atari combinați favorabile; să se evite cauzele capabile de a produce mutații indezirabile; să se constate tarele existente și să se facă cunoscut fiecăruia tarele cele mai morbide; să se ordoneze viața astfel încât să nu se provoace hiperfuncțiunea organelor diminuate în biologia lor prin tarele ereditare; să se evite uniunea purtătorilor de tare ereditare manifestate prin grave fenomene clinice; să se evite uniunea între purtătorii de tare ereditare identice (280).

B. Măsuri sociale

Măsurile cu caracter social, în eugenie, urmăresc realizarea unei neoformații de pătură rurală ereditar sănătoasă, cu ajutorul unei politici de *colonizare rurală și suburbană.* Totodată trebuesc folosite mijloacele potrivite pentru ca cea mai mare parte din descendenții ruralilor să rămână în mediul în care s'au născut (281). Sursa de sporire a natalității nu poate fi decât la țară. Țăranul trebue fixat de teren, printr'o politică eugenică, adică una care, deosebit de obiectivul demografic cantitativ, să aibă în vedere selecțiunea din punctul de vedere al valorii eredității.

Dealtfel, de însăși noțiunea ruralizare este legată de multe ori noțiunea de selecțiune biologică. Elementele debile, bolnăvicioase și cele anormale psihic nu pot în general să se mențină ca rurali veritabili, legați de pământ. In fine, mediul rural prezintă condițiile cele mai favorabile pentru selecțiunea biologică a copiilor (282).

Scanned with OKEN Scanner

1. *Colonizări rurale*

In Germania s'a decretat, la 14 Iulie 1933, legea colonizărilor rurale (283), complectată cu directivele ulterioare din 1 Iulie 1935 Selecţiunea coloniştilor se face pe baza următoarelor criterii: suficientă capacitate pentru ocupaţii agricole, ereditate normală, candidatul să fie adecuat din punct de vedere rasial şi din punct de vedere caracterologic, în fine să fie căsătorit sau în iminenţă de căsătorie. Solicitanţii trebue să anexeze la cerere, tabele genealogice, foi de observaţie, un chestionar complectat de către medicul oficial şi unul relativ la starea economică. Părinţii de familii numeroase sunt întotdeauna preferaţi. Se caută, pe cât posibil, în această operă de neoformaţie a ţărănimii, să se alcătuiască noi comunităţi săteşti, reunindu-se trunchiuri familiale înrudite, pe un acelaş loc.

S'a renunţat la proprietatea mică. Pământul arabil trebue să fie suficient pentru întreţinerea familiei. Jumătate din proprietăţile noi au întinderea de 10—20 hectare. Altă jumătate, peste 20 hectare. Contribuţia bănească a colonistului însuşi trebue să fie de cel puţin 10% din preţul de cumpărare. Pentru restul sumei, un an el este liber de dobândă; în al doilea an dobânda este de 2½%.

Mişcarea în favoarea colonizărilor rurale este de altfel mai veche, în Germania. Se votase, la 11 August 1919, o lege a colonizărilor (284), care a îngăduit ca până la 1932 să se colonizeze 600.000 hectare teren, în regiunile estice ale Prusiei mai ales. Dar punctul de vedere eugenic, în alegerea coloniştilor, nu era luat în seamă

In legea menţionată din 1933, punctul de vedere eugenic este esenţial şi numai persoanele cu ereditate normală obţin aşa zisul certificat de ţăran de neoformaţie (Neubauernschein) (285). Pe baza acestei legi, colonizarea rurală a fost realizată cu multă intensitate. Până la finele lui Ianuarie 1934 se acordase în total teren în scopuri de colonizare rurală, o întindere corespunzătoare provinciei Thuringia (286). S'a calculat că, pentru a reţine pe loc pătura rurală, va fi nevoe în total de 600.000 colonizări.

In anii următori (anului 1934) opera de colonizare rurală a continuat, deşi cu mai mică intensitate. In 1937 s'au destinat colonizărilor, 64.000 ha., iar în anul 1938 s'au afectat acestui scop 61.000 ha. In 1937 s'au întemeiat 1900 noi gospodării rurale, iar în 1938 s'au întemeiat 1400 gospodării.

In intervalul 1919—1932 au fost create în total 57.457 gospodării ţărăneşti, cu o suprafaţă medie de 10,5 hectare de fiecare gospodărie.

In intervalul 1933—1938 s'au întemeiat 20.400 gospodării, revenind ca suprafaţă medie pentru o gospodărie 16,1 ha. (286).

Efectul colonizărilor a fost evaluat la 70%. Aceasta înseamnă că, în teritoriile unde s'au făcut colonizările, densitatea populaţiei, faţă de ce era mai înainte, creşte în mediu cu 70%. Alături de rezultatele eugenice, sunt deci de notat şi efecte favorabile de demografie cantitativă.

Şi în *Italia* s'a consolidat pătura rurală, prin colonizări care urmăresc obiective economice şi demografice cantitative, dar implicit au şi efect eugenic. S'a reuşit a se obţine o foarte favorabilă repartiţie după pături sociale pe ţara întreaga: populaţie agricolă 48,6%: muncitori şi meseriaşi 25,6%; industriaşi şi comercianţi 10%; funcţionari 5,8%; alte profesiuni 5,4%; fără profesie 4,6%. Predomină deci numeric populaţia agricolă. Familia agricolă se caracterizează, biologic, prin mărimea ei: 5 suflete pe familie, în medie, iar populaţia rurală prezintă cel mai mare coeficient de membri care câştigă 51,4% faţă de 25,4% la muncitorimea industrială (287).

Dela 1911 până la 1931, proporţia de salariaţi a scăzut, în Italia, dela 46,6% la 25,5%, în schimb proporţia proprietarilor de pământ în acest interval de timp s'a îndoit. Populaţia agricolă a Italiei numără 20 milioane suflete, cifră ce creşte permanent printr'un excedent anual de 500.000 suflete.

2. *Micile colonizări rurale şi suburbane*

O măsură eugenică este şi ruralizarea păturii urbane, prin *colonizările suburbane.*

Dislocarea parţială a populaţiei din oraşele mari constitue astăzi un foarte important deziderat de politică demografică şi eugenică; în Germania de pildă, în 1935, 2/3 din populaţia globală trăia la oraş. In răstimpul dela 1870 la 1930, cele 20 milioane suflete cu care a crescut populaţia Germaniei au mărit exclusiv populaţia oraşelor, deci numai aceasta din urmă a crescut, în ce priveşte populaţia rurală, ea nu numai că n'a crescut, dar scăzuse încă cu 2½ milioane suflete (288).

Recensământul german din 1933 a arătat că în general muncitorul industrial, funcţionarul de stat, funcţionarul particular, din moment ce dispun de o proprietate funciară, au de două ori mai mulţi copii şi prezintă de două ori mai puţine menajuri fără copii, decât acei care nu dispun de pământ (289). Apoi, *suburbana reprezintă la toate naţiunile o etapă de progres şi de civilizaţie, în raport cu mediul rural, fără ca pe de altă parte să întrunească desavantajele biologice ale vieţii oraşului.* Colonizarea suburbană vine deci şi *în folosul poli-*

ticii eugenice. Acest din urmă punct a fost determinant în măsurile care s'au luat în domeniul micilor colonizări.

Micile colonizări rurale fuseseră introduse în Germania, în Octombrie 1931, ca o măsură de asistenţă pentru şomeri. Intre anii 1931—1933 se realizase 30.000 gospodării, mai ales la periferia marilor oraşe (285). Micile colonizări suburbane, uneori şi rurale, au fost instituite în scop eugenic sub regimul naţional-socialist (290). Ele sunt destinate mai ales muncitorilor industriali, cărora prin crearea unei mici gospodării rurale li se ridică nivelul de viaţă.

Ministerul muncii din Germania a decretat la 14 Septembrie 1937, legea prin care se institue mici colonizări, pe terenuri de minimum 1000 m^2, cu casă, grădină de legume şi instalaţii pentru creşterea de animale mici. Coloniştii sunt selecţionaţi prin îngrijirea Frontului muncii. Trebue să fie *cu ereditate normală* şi, pe cât posibil, părinţi de familie numeroasă. Intre 1934—38 se întemeiaseră anual 25.000 mici colonizări. Programul urmăreşte atingerea unei cifre de 100.000 gospodării anual (285).

O operă în parte asemănătoare a fost întreprinsă în *Italia.* Pentru a familiariza pe muncitorii industriali cu muncile agricole, s'au instituit cursuri ambulante de agricultură, iar pământurile defrişate s'au acordat gratuit familiilor de muncitori transplantaţi din mediul industrial în cel rural. La populaţia colonizată, mortalitatea sugarilor a scăzut dela 23% la 10% (291).

In Italia, în anul 1936, din 230.000 muncitoare industriale sub 19 ani, de abia 14.000 se aflau sub supravegherea nemijlocită a părinţilor, pe când din 300.000 fete tinere ce lucrau în agricultură, peste 180.000 erau supravegheate în cadrul unor adevărate comunităţi familiale. Avantajul eugenic al micilor colonizări rurale este evident. Paralel se înregistrează ameliorarea demografiei cantitative. Proporţia de familii cu 8 şi mai mulţi membri se prezintă astfel: pe ţara întreagă 10%, la muncitorii industriali calificaţi 6,4%, în păturile înstărite 2,8%, pe când în mediul agricol 16% din totalul familiilor sunt cu 8 şi mai mulţi copii (292)

C. Politica eugenică a familiei

Politica eugenică a familiei cuprinde o serie de măsuri variate: ajutorări materiale sub formă de împrumuturi, sistem de compensare a sarcinilor familiale, degrevări fiscale, o anumită echitate în salarizări şi diferite alte măsuri. Incurajând familia cu mai mulţi copii, ele tind în general să favorizeze acele familii în care massa ereditară este normală sau deasupra mediei. *Dreptul de a beneficia de aceste măsuri este de obicei funcţie de valoarea biologică şi ereditară a postulantului.*

Scanned with OKEN Scanner

Politica eugenică a familiei a evoluat în decursul timpului, dela măsurile izolate până la sistematizarea unui adevărat cod al familiei, aşa cum a procedat Franţa în 1939. Germania, fără a fi reunit într'un text de lege unic normele de politică eugenică a familiei, a elaborat o serie de legi organice care pot servi ca exemplificare concludentă pentru fiecare latură a acestui capitol. Pe plan doctrinar, autorii germani au formulat deziderate ce pot servi de bază pentru legiferări ulterioare.

In ultimii ani, în însăşi politica sanitară pe care a inaugurat-o legea de unificare a serviciului sanitar din Germania, în 1934, se urmăreşte în bună parte o politică eugenică a familiei. Intre atribuţiile medicului oficiului sanitar, figurează favorizarea întemeierii de familii biologic normale şi ameliorarea condiţiilor de viaţă ale familiei numeroase. Tot oficiului sanitar îi revine stimularea voinţei şi intensităţii de a procrea, la *populaţia cu ereditate normală*. In ce priveşte infirmiera-vizitatoare, ataşată oficiului sanitar, obiectivul ei principal este tot familia. Serviciul social desfăşurat în familie, împreună cu igiena eredităţii şi a rasei, aplicată mediului familial, formează un tot, în activitatea practică (293). In general, autorităţile sanitare pun la bază principiul că nu se poate aprecia valoarea biologică a individului, decât cunoscându-i bine familia ; iar pe tărâm practic, de unde altădată într'o aceeaşi familie se perindau numeroase auxiliare, surori monovalente, astăzi sora de familie unică, polivalentă, reprezintă auxiliarul eficient în aplicarea pe teren a politicii eugenice a familiei (293).

O politică eugenică având la bază încurajarea familiei, apare cu atât mai imperioasă cu cât tipul perfect de structură demografică cantitativă, adică mortalitate minimală şi natalitate stabilizată, nu poate exista în realitate, dat fiind însăşi instabilitatea factorilor de mediu: meteorologi, economici şi sanitari (293). Stimulând natalitatea, trebue totodată, prin politica familiei pe bază eugenică, să punem descendenţa în cele mai bune condiţii de evoluţie biologică.

Argumente importante deducem pentru politica familiei, când examinăm atitudinea masselor populaţiei faţă de eventualitatea unei natalităţi sporite (294). Unii procrează nelimitat, independent de factorul mizerie. Alţii au o descendenţă numeroasă numai pentrucă au fost neprevăzători. O a treia categorie, restrânsă, şi-au creat familie numeroasă în mod voit, iar o a patra categorie este formată din cei ce resping peremptoriu ideea de natalitate sporită. Există însă o a 5-a categorie, a celor care *şovăesc* în faţa problemei familiei nu-

meroase ; aceştia sunt mult mai numeroşi decât s'ar crede, şi este de admis că, puşi în alte condiţiuni, vor proceda la o procreaţie mai numeroasă. Atari şovăelnici sunt numeroşi tocmai în păturile mijlocii ale populaţiei, unde măsurile de politică dirijată a familiei pot avea mai multe şanse de izbândă. In momentul în care, printr'o anumită politică de stat, economică, fiscală, etc., se vor înlătura factorii etiologici decurgând din lipsurile materiale ale capului de familie, se vor putea obţine rezultate demofile şi eugenice fructuoase.

1. *Imprumuturi pentru consolidarea familiei numeroase şi ereditar normală*

Atenţia s'a îndreptat în primul rând asupra familiei rurale. S'a emis, în Germania, ideea de a se acorda familiilor de ţărani, sănătoase din punct de vedere ereditar şi cu copii numeroşi, adică acelor familii care au crescut până la majorat cel puţin 4 copii, împrumuturi de familie, ce au a servi copiilor de ambe sexe cari urmează să se căsătorească. Aceste împrumturi în valoare de 2000—3000 mărci, ce pot fi acordate şi sub formă de pământ, nici nu poartă dobândă, nici nu mai trebuesc achitate. Ele încep însă să poarte dobândă şi devin exigibile atunci când în familia nou întemeiată, după trecerea unui anumit interval de timp, de exemplu 10 ani, nu se nasc numărul suficient de copii pentru menţinerea naţiunii (295).

Printr'o astfel de măsură, familiile rurale, normale din punct de vedere ereditar, pot fi menţinute şi mai departe cu mulţi copii; iar acolo unde familia rurală nu mai este numeroasă, tocmai printr'o astfel de măsură se înlătură principala piedică din calea procreaţiei.

O realizare importantă este aceea a *ajutoarelor pentru copii*. Nu numai pentru cei din pătura rurală, ci în general pentru copiii familiilor cu resurse modeste. Ajutorul este unic, adică se acordă o singură dată (296). Condiţiile: menajul să cuprindă cel puţin 4 copii sub 15 ani, iar capul familiei să intre în cadrul, trasat legal, al celor cu mijloace modeste.

Atari ajutoare unice au fost acordate până la mijlocul anului 1937, la peste 400.000 familii; media unui ajutor a fost de 390 mărci. Au beneficiat în modul acesta circa 2¼ milioane copii.

In afară de aceste ajutoare unice, se acordă, din August 1936, ajutoare curente pentru familiile cu mulţi copii. S'a început cu asiguraţii cu salarii sub 185 mărci lunar, acordându-li-se 10 mărci pe lună pentru al 5-lea copil, precum şi pentru orice alt copil în plus

până la vârsta de 16 ani. Numărul familiilor care beneficiau, în August 1936, de aceste ajutoare, era de 240.000.

In urmă, regimul ajutoarelor curente a fost astfel modificat: câte 10 mărci pe lună pentru copilul al 3-lea şi al patrulea, câte 20 mărci lunar pentru copilul al 5-lea şi pentru fiecare din cei următori. In 1941, numărul copiilor astfel subvenţionaţi s'a ridicat la 2.500.000 (296).

O altă măsură eficientă pentru politica eugenică a familiei este *acordarca de împrumuturi în momentul căsătoriei.* In ajunul întemeierii unui cămin, logodnicii care îndeplinesc cerinţele de biologie şi ereditate normală, primesc o sumă ca împrumut pe termen lung şi fără dobândă. Imprumutul se amortizează ulterior, în raport cu numărul copiilor născuţi. Aceasta este economia legislaţiei (297), care a făcut obiectul a diferite dispoziţii luate între anii 1933 şi 1937, în Germania (298).

La început, se prevăzuse că orice femee care, după un termen de 6 luni de lucru profesional, părăseşte ocupaţia sa pentru a se mărita, primeşte o sumă care poate atinge 1000 mărci. Acest împrumut este amortizabil fără dobândă, prin vărsăminte lunare de 1%. Suma împrumutată se reduce automat cu 25% în momentul naşterii primului copil şi este complect amortizată după naşterea celui de al 4-lea.

Prin legiferarea ulterioară, din 24 Ianuarie 1935, se poate acorda oricărui cetăţean german, la cererea sa, un împrumut în vederea căsătoriei, putând atinge 1000 mărci. Cererea poate fi întrodusă imediat după publicaţiile căsătoriei, făcute de Oficiul de stare civilă.

Condiţile necesare sunt următoarele: viitoarea soţie trebuie să fi lucrat, în Germania, timp de 9 luni cel puţin, în timpul perioadei bienale care precede data cererii; ea este obligată a demisiona în ajunul căsătoriei din situaţia pe care o ocupă în câmpul muncii şi îşi ia angajamentul de a nu mai exercita profesiunea, afară doar de cazul când soţul său ar fi înscris în listele de asistenţă a şomerilor. Candidaţii sunt examinaţi, din punct de vedere al sănătăţii şi *al valorii ereditare,* de către medicii oficiilor sanitare (298).

Amintita lege prevede, afară de aceasta, că începând din Ianuarie 1935, 12½ milioane de mărci se reţin lunar din produsul impozitului pe venit din întreaga ţară. Această sumă serveşte la constituirea unui fond special pentru încurajarea căsătoriei elementelor cu biologia normală.

Dela 1 August 1933 până la 1 Iunie 1937, s'au acordat 750.000 împrumuturi de favorizare a căsătoriilor, însumând în total 455.000.000 mărci (media unui împrumut fiind de 600 mărci). In mijlociu, se acordau în 1937, circa 15.000 împrumuturi lunar (299).

Scanned with OKEN Scanner

Din căsniciile care au beneficiat, până în 1937, de împrumuturi, au rezultat de două ori atâţia copii cât în căsătoriile care s'au încheiat în acelaş interval de timp fără împrumuturi favorizatoare.

După datele mai noui, s'au acordat, din 1933 şi până la finele anului 1939, în vechiul Reich, Austria şi teritoriul sudet, 1.445.877 împrumuturi pentru căsătorie (296).

Un exemplu practic de modalitatea stingerii datoriilor rezultate din împrumutul de căsătorie (299):

la 15 August 1933 primeşte împrumutul		1000 RM
la 1 Iulie 1934, naşterea primului copil, se scade . . .		250 „
	rămân	750 RM
se sting în intervalul Octombrie 1933/Iunie 1934 . . .		90 „
rămâne datorie după naşterea primului copil		660 RM
amortizarea este întreruptă până în Iunie 1931		
la 20 Aprilie 1936 se naşte al doilea copil, se scade . . .		250 RM
	rămân	410 RM
se amortizează în intervalul Iulie 1935/Aprilie 1936 . .		100 „
datorie rămasă după naşterea celui de-al 2-lea copil . .		310 RM
amortizarea se întrerupe până în Aprilie 1937		
la 27 Iunie 1937, se naşte al 3-lea copil, se scade . . .		250 RM
	rămân	60 RM
se amortizează pentru lunile Mai-Iunie 1937		20 „
rămân de plată, după naşterea celui de-al 3-lea copil . .		40 RM

Acest rest de 40 mărci urmează a fi plătit din Iulie 1938 înainte; dacă între timp se naşte al 4-lea copil, datoria se stinge complect.

Imprumuturi pentru căsătorie se acordă şi în *Italia*. Prin decretul regal din 21 August 1937, No. 1542, se prevede că se acordă un împrumut candidaţilor la căsătorie, care se obligă să-l restitue fără dobândă, în rate de câte 1% pe lună. Dacă în răstimp de 4 ani dela căsătorie nu s'a născut nici un copil, cotele de rambursare lunară se măresc la 2%. Dacă însă s'a născut un copil, 10% din datorie se iartă; la naşterea celui de-al doilea 20%, la naşterea celui de-al treilea 30%, iar la naşterea celui de al 4-lea copil se anulează întreaga datorie (300).

2. *Asigurarea integrităţii proprietăţii rurale, în scop eugenic*

A da dreptul ţăranului de a transmite unui singur moştenitor, pe care îl crede capabil, posesiunea integrală a pământului de care dispune, este un deziderat eugenic.

La 29 Septembrie 1933 s'a decretat în Germania *legea asupra moşiei succesorale* (301). La baza acestei legi stau un număr de principii cu caracter eugenic (302). Scopul a fost de a menţine ţărănimea ca sursă de sânge german. Proprietăţile rurale decretate ca moşii suc-

cesorale nu pot fi îmbucătăţite ; ele rămân proprietatea spiţei, stăpânită în linie descendentă de ţăranul cel mai capabil. Aceasta este o condiţie fundamentală pentru menţinerea sănătăţii naţiunii.

Intinderea maximă a moşiei succesorale este de 125 hectare. Numai moştenitorul cel mai capabil, aşa zisul moştenitor principal, primeşte proprietatea integrală. Comoştenitorii îşi limitează drepturile la cealaltă avere a ţăranului. Moşia succesorală este inalienabilă şi nesechestrabilă. Titlul de ţăran nu-l poate purta decât proprietarul unei moşii succesorale. Un astfel de proprietar nu trebue să fi căzut sub tutelă.

Ordinea în care ţăranul îşi poate desemna moştenitorul principal este următoarea : în primul rând fiul cel mai capabil al ţăranului; dacă fiul acesta a murit, pământul nu revine fraţilor posesorului, ci nepotului de fiu, eventual strănepotului cel mai capabil. In al doilea rând, vine tatăl. In al treilea rând, după acelaş criteriu al capacităţii, vin fraţii ţăranului mort. Dacă fratele moare, pământul trece în posesia nepotului de frate sau al fiului acestuia ; în al 4-lea rând, vin fetele ţăranului ; în al 5-lea rând, surorile sale.

Din moment ce ţăranul îşi poate indica liber moştenitorul, el va alege fără îndoială pe acela din fiii săi care prezintă reale însuşiri din punct de vedere moral şi biologic. Pe de altă parte, aceia dintre copiii săi, cari rămân deposedaţi, vor fi reduşi în mod fatal la propria lor forţă spirituală şi fizică ; ei vor fi supuşi acţiunii selectoare a luptei pentru existenţă.

La mijlocul anului 1938 existau pe teritoriul vechei Germanii, 685.000 moşii succesorale, reprezentând o suprafaţă totală de 15.562.000 hectare (303).

3. *Compensarea sarcinilor familiale*

Principiul unei compensări a sarcinilor familiale, prin contribuţii băneşti în favoarea capilor de familii numeroase, a fost pus în practică pentru prima oară, în Franţa şi în Belgia, prin instituirea *alocaţiilor familiale*. In regiunile industriale din aceste două ţări funcţionează asociaţiuni de patroni, cari la început vărsau o anumită sumă în afară de salariu, în beneficiul familiilor cu mulţi copii. Aceasta este alocaţia familială. Pentruca sarcina bănească să fie însă suportată în mod egal de către toţi patronii unei regiuni, indiferent de faptul dacă au la lucru celibatari, capi de familii mici ori şefi de familie numeroasă, s'au creat *casele de compensaţie*. Aci se varsă alocaţiile familiale, după numărul muncitorilor şi indiferent de starea lor civilă. Casa de compensaţie repartizează apoi sumele rezultate, familiilor cu mulţi copii, după o anumită cotă (304).

Alocaţiile familiale au ca rezultat creşterea natalităţii, deci un efect demografic cantitativ. In Franţa, statistica Comitetului central

Scanned with OKEN Scanner

al caselor de compensaţie arată că, în familiile care au primit alocaţii familiale, natalitatea depăşeşte coeficientul pe Franţa întreagă cu 22—56% (305). Dar nu li se poate tăgădui alocaţiilor familiale şi efectul eugenic. Ele asigură o mai bună creştere a copiilor şi îngădue crearea de numeroase instituţii de protecţie materno-infantilă (306).

S'a preconizat de unii autori o compensare de sarcini familiale aproape pe întreaga naţiune, nu numai în cadrul profesional restrâns, cerându-se în acest scop o *casă de asigurare familială*. După *M. van Gruber, Grotjahn* (307), *Zahn, Zeiler*, ideea a fost reluată de *F. Burgdörfer* (308).

Casa de asigurări familiale ar urma să cuprindă în primul rând toţi muncitorii şi funcţionarii care astăzi intră în cadrul asigurărilor sociale, deci o bună parte din naţiune. Pentru muncitori, casa familială ar putea funcţiona în conexiune cu asigurarea de invaliditate; iar pentru funcţionari în conexiune cu asigurările funcţionăreşti. La această Casă de asigurări au a contribui, în mod obligatoriu, cu anumite cote, deosebit de cele pe cari le plătesc asigurărilor sociale, toţi muncitorii şi funcţionarii celibatari, fără copii şi cu copii puţini. In schimb, familiile cu 2 copii şi mai mulţi, normali din punct de vedere ereditar, vor primi regulat subvenţiuni lunare dela Casă. In total, este vorba de o *deplasare de venituri dela cei fără copii şi dela cei necăsătoriţi, spre cei cu familie numeroasă şi biologic normală.*

S'a calculat pentru Germania că înfăptuirea unei astfel de măsuri, pentru categoriile sociale care astăzi intră în cadrul asigurărilor sociale, va necesita anual o contribuţie de un miliard de mărci. Neîndoelnic, o atare sumă este mare şi ar încărca prea mult bugetul asiguraţilor celibatari sau cu copii puţini. Deaceea s'a preconizat o soluţie intermediară (308). Nu se vor impune sarcini în plus, dar cotizaţiile actuale ale asiguraţilor urmează a fi gradate în raport cu numărul copiilor:

Asiguratul celibatar va plăti 100% din cota actuală
Asiguratul căsătorit fără copii va plăti 75% din cota actuală
„ „ cu 1 copil va plăti 50% „ „ „
„ „ cu 2 copii va plăti 25% „ „ „
„ „ cu 3 copii, va fi scutit de cotizaţie.

In domeniul realizărilor practice, nu avem de înregistrat deocamdată decât compensări de sarcini familiale pe unele categorii restrânse.

Astfel, în Germania, s'a luat în considerare profesiunea medicală. Medicii reprezintă categoria cu cei mai puţini copii; apoi această denatalitate în sânul corpului medical este de natură a influenţa în rău întreaga naţiune, căci nimeni nu vine în contact mai strâns cu massele profunde şi nimeni nu este deci în măsură mai mult de a da un rău exemplu, a sugestiona în direcţia denatalităţii, decât medicul. In fine, stimulându-se natalitatea la un corp de elită, se realizează obiective eugenice.

Scanned with OKEN Scanner

In 1934 s'a întemeiat o Casă specială de compensaţii a sarcinilor familiale, pentru medicii Caselor de boală.

După 5 ani de funcţionare (1934—1939), această casă vărsase suma de 27 milioane mărci unui număr de 6421 medici din asigurări, părinţi de 3 sau mai mulţi copii. Au revenit deci pe an câte 841 mărci, de medic părinte de familie. Aceasta în medie; efectiv însă, mulţi medici au primit 200—500 mărci pe lună, în raport cu numărul copiilor (309).

Finanţarea acestei Case de compensaţie se face prin perceperea unei taxe speciale de 2% asupra tuturor onorariilor plătite de către asigurările sociale. Cu alte cuvinte, toţi medicii din asigurările sociale germane suportă alocaţiile acordate grupului medicilor cu familie numeroasă. In 1934, când s'a înfiinţat casa de compensaţii, nu se anunţau, în acest grup profesional, decât 58 naşteri de al 3-lea copil şi următorii, pe lună; în 1935 s'au anunţat 77 naşteri de al treilea copil, pe lună. In ce priveşte copilul al 4-lea şi următorii, sporul este deasemenea evident: în 1934 se anunţau 20 naşteri de al 4-lea copil şi următorii pe lună, în 1935 erau 28, iar în 1938 au ajuns la 37.

Cota de reţineri este uniformă pentru toţi medicii, fie că sunt necăsătoriţi, căsătoriţi, cu copii puţini ori mulţi.

Case de compensare identice există şi pentru farmacişti şi dentişti.

La baza piramidei sociale sunt deasemeni categorii pentru cari se pune problema unei compensări a sarcinilor familiale: de exemplu pentru acei ţărani care, prin efectul legii moşiei succesorale despre care am vorbit, rămân defavorizaţi în sensul că nu le revine nimic din ogorul părintesc. Lor ar urma să li se acorde împrumuturi de stat, analoage întrucâtva împrumuturilor pentru favorizarea căsătoriei. S'a propus ca aceste sume să se acorde ţăranilor părinţi de 3 sau mai mulţi copii, pentru ca părintele să-şi poată înzestra descendenţii rămaşi fără pământ (310).

4. *Reforme fiscale*

Problema politicii fiscale, indicate în scop eugenic este foarte complexă. Ea prezintă în special dificultăţi, când se încearcă a se distribui în mod echitabil impozitele indirecte, aşa zisele „taxe de consumaţie", care apasă foarte greu asupra familiei numeroase. De fapt, tatăl de familie numeroasă plăteşte de atâtea ori impozitul de consumaţie, câţi copii are, pe când celibatarul îl plăteşte o singură dată. Acest impozit favorizează pe cei cu randament economic mare şi apasă pătura prolifică şi săracă (311).

Scanned with OKEN Scanner

Mai uşor au putut fi realizate reforme fiscale în favoarea familiei, la capitolul impozitelor *directe*. Reforma fiscală germană din 16 Octombrie 1934 cuprinde o serie de măsuri importante (312).

Reforma impozitului pe venit. Inainte de 1933, cotele care erau scutite de impozit variau după cum era vorba de impozitul pe venit sau de cel pe salariu. In tot cazul, şi la o categorie şi la cealaltă, cotele erau absolut insuficiente pentru a îngădui o reală întreţinere a copiilor. In baza legii din 16 Noembrie 1934, cotele scutite de impozit devin uniforme pentru toate categoriile de venituri şi mult ridicate. Situaţia sub noua legiferare, în raport cu cea anterioară, reese din următorul tablou:

COPII	*Cota scutită la salarii sub regimul anterior*	*Cota scutită la venituri sub regimul anterior*	*Cota unitară scutită (legea 1934)*
Pentru 1 copil	10%	8%	15%
Pentru 2 copii	20%	16%	35%
Pentru 3 copii	30%	24%	55%
Pentru 4 copii	40%	32%	45%
Pentru 5 copii	50%	40%	95%
Pentru 6 copii	60%	48%	100%

Totodată, limita de vârstă a copiilor până la care e valabilă scutirea a fost ridicată dela 21 la 25 ani.

Reforma impozitului pe capital. Acelaş complex de legiuiri din 16 Octombrie 1934 prevede că din suma impozabilă se scuteşte de impozit câte o cotă de 10.000 mărci pentru soţ, soţie şi fiecare copil Un exemplu: menajului cu 2 copii i se scade din capitalul impozabil 40.000 mărci; menajului cu 4 copii i se scade 60.000 mărci.

Reforma impozitului pe succesiuni. Partea de moştenire scutită altădată de impozit era de 5000 mărci. Noua lege ridică acest quantum la 30.000 mărci, deci o cotă neimpozabilă destul de ridicată. S'a cerut ca părţile scutite de impozit să se eşaloneze după cifra copiilor sau nepoţilor moştenitori. In modul acesta, s'ar stimula procrearea mai cu deosebire la păturile sociale superioare, deci s'ar realiza un scop eugenic. S'ar putea statua, de pildă, că atunci când rămân minimum trei copii sau minimum 9 nepoţi, impozitul pe succesiune e complect abolit. Acolo unde sunt mai puţin de 3 copii sau 9 nepoţi, statul sau „Casa de asigurare familială" să intre în posesiunea părţilor de moştenire ce ar fi revenit copiilor şi nepoţilor cari mai lipsesc până la împlinirea cifrei de 3 respectiv 9.

Măsuri fiscale în favoarea familiei numeroase şi normală biologic au fost luate şi în alte ţări, afară de Germania.

In *Ungaria,* cu începere din 1933, s'a acordat o reducere de 5%

la contribuţiile funciare şi la impozitul pe venit, contribuabililor cu mai mult de 4 copii (313).

In *Franţa,* s'au legiferat o serie de măsuri fiscale, în favoarea familiei, mai ales prin decretul din 20 Iulie 1934.

In anul 1937, scăderile de impozite se prezentau astfel: a) reduceri asupra impozitelor plătite de industriaşi, comercianţi şi profesionişti liberi: 10% reducere pentru capul familiei cu 1 copil, 20% pentru cel cu 2 copii, 50% pentru cel cu 4 şi 100% pentru părintele familiei cu 5 copii sau mai mulţi pe cari îi are în sarcină; b) reduceri asupra impozitelor plătite de meseriaşi şi de salariaţi: în cazul unui venit sub 10.000 franci pe an, reducere de 20% dacă contribuabilul are un copil, 40% dacă are doi şi 100% dacă are trei sau mai mulţi; în cazul unui venit de 10.000—30.000 franci pe an, reducere de 15% pentru un copil, 30% pentru doi, 75% pentru trei şi 100% pentru 4 şi mai mulţi copii în sarcina contribuabilului; în cazul unui venit anual care depăşeşte 30.000 franci, reducerea este de 10% pentru 1 copil, 20% pentru doi, 50% pentru trei, 80% pentru patru şi 100% pentru 5 sau mai mulţi copii. c) scăderi din impozitul general pe venit (impozitul global), care se operează prin scutirea de impozit a unei părţi de 10.000 franci din venitul total (cotă neimpozabilă), dacă contribuabilul este celibatar, văduv sau divorţat; cota neimpozabilă e de 15.000 franci dacă este căsătorit fără copii, de 20.000 franci dacă este căsătorit şi are un copil, de 25.000 fr. dacă are doi copii şi de 35.000 dacă are trei; pentru fiecare copil dela al treilea în sus, se mai măreşte cota neimpozabilă cu 15.000 franci (314).

O măsură fiscală destul de eficientă în politica familiei este *impozitul pe celibatari.*

In Italia, cu începere dela 1 Ianuarie 1927, acest impozit s'a aplicat tuturor celibatarilor între 25—65 ani împliniţi (exceptându-se clerul catolic, marii invalizi de război, membrii armatei active şi anumite categorii de infirmi mintali). Quantumul impozitului a fost stabilit la început la: 35 lire anual pentru celibatarii între 25—35 ani împliniţi; 50 lire pentru cei între 35—50 ani; 25 lire pentru cei între 50—65 ani. Prin decretul din 24 Noembrie 1928, aceste cote de impozit au fost dublate. In fine, prin decretul regal din Septembrie 1934, cotele de impozit au suferit o nouă sporire: cu încă 50%. In anul 1931 se aflau în Italia aproape un milion celibatari (între 25—65 (315).

Impozitul pe celibatari apare ca una din măsurile de cea mai reală echitate socială, şi este interesant să arătăm că sumele vărsate în tezaurul Statului italian din perceperea acestui impozit, s'au prezentat astfel:

1927	= 46.000.000	lire
1928	= 53.000.000	„
1929	= 106.000.000	„
1930	= 111.000.000	„
1931	= 100.000.000	„

la contribuţiile funciare şi la impozitul pe venit, contribuabililor cu mai mult de 4 copii (313).

In *Franţa,* s'au legiferat o serie de măsuri fiscale, în favoarea familiei, mai ales prin decretul din 20 Iulie 1934.

In anul 1937, scăderile de impozite se prezentau astfel: a) reduceri asupra impozitelor plătite de industriaşi, comercianţi şi profesionişti liberi: 10% reducere pentru capul familiei cu 1 copil, 20% pentru cel cu 2 copii, 50% pentru cel cu 4 şi 100% pentru părintele familiei cu 5 copii sau mai mulţi pe cari îi are în sarcină; b) reduceri asupra impozitelor plătite de meseriaşi şi de salariaţi: în cazul unui venit sub 10.000 franci pe an, reducere de 20% dacă contribuabilul are un copil, 40% dacă are doi şi 100% dacă are trei sau mai mulţi; în cazul unui venit de 10.000—30.000 franci pe an, reducere de 15% pentru un copil, 30% pentru doi, 75% pentru trei şi 100% pentru 4 şi mai mulţi copii în sarcina contribuabilului; în cazul unui venit anual care depăşeşte 30.000 franci, reducerea este de 10% pentru 1 copil, 20% pentru doi, 50% pentru trei, 80% pentru patru şi 100% pentru 5 sau mai mulţi copii. c) scăderi din impozitul general pe venit (impozitul global), care se operează prin scutirea de impozit a unei părţi de 10.000 franci din venitul total (cotă neimpozabilă), dacă contribuabilul este celibatar, văduv sau divorţat; cota neimpozabilă e de 15.000 franci dacă este căsătorit fără copii, de 20.000 franci dacă este căsătorit şi are un copil, de 25.000 fr. dacă are doi copii şi de 35.000 dacă are trei; pentru fiecare copil dela al treilea în sus, se mai măreşte cota neimpozabilă cu 15.000 franci (314).

O măsură fiscală destul de eficientă în politica familiei este *impozitul pe celibatari.*

In Italia, cu începere dela 1 Ianuarie 1927, acest impozit s'a aplicat tuturor celibatarilor între 25—65 ani împliniţi (exceptându-se clerul catolic, marii invalizi de război, membrii armatei active şi anumite categorii de infirmi mintali). Quantumul impozitului a fost stabilit la început la: 35 lire anual pentru celibatarii între 25—35 ani împliniţi; 50 lire pentru cei între 35—50 ani; 25 lire pentru cei între 50—65 ani. Prin decretul din 24 Noembrie 1928, aceste cote de impozit au fost dublate. In fine, prin decretul regal din Septembrie 1934, cotele de impozit au suferit o nouă sporire: cu încă 50%. In anul 1931 se aflau în Italia aproape un milion celibatari (între 25—65 (315).

Impozitul pe celibatari apare ca una din măsurile de cea mai reală echitate socială, şi este interesant să arătăm că sumele vărsate în tezaurul Statului italian din perceperea acestui impozit, s'au prezentat astfel:

1927	= 46.000.000	lire
1928	= 53.000.000	„
1929	= 106.000.000	„
1930	= 111.000.000	„
1931	= 100.000.000	„

Pentru anii 1932—1933 şi 1934, suma s'a menţinut în jurul a 110.000.000 lire anual. In anii următori produsul impozitului a crescut. Aceste importante sume servesc încurajării familiilor numeroase şi biologic normale, operelor de protecţie materno-infantilă, etc.

In *România,* impozitul pe celibatari a fost legiferat în 1940.

5. *Politica salarizărilor*

Discordanţa între nivelul salarizării părintelui de familie numeroasă şi posibilitatea de acoperire *efectivă* a cheltuelilor în creşterea copiilor, este evidentă. Ea a făcut obiectul a numeroase discuţii şi a măsurilor luate în unele ţări.

Pe baza cercetărilor întreprinse în Germania, Belgia, Franţa. Statele-Unite şi Australia, s'au putut stabili anumiţi coeficienţi de natură să ne orienteze asupra variaţiei costului vieţii în raport cu numărul membrilor de familie (316). Dacă notăm costul vieţii pentru un bărbat adult singur cu coeficientul 100, în absolut aceeaşi conjunctură economică coeficientul creşte cu 50 pentru fiecare copil sub 16 ani. Coeficientul pentru întreţinerea soţiei este de asemenea 50.

Franţa este una din ţările care a căutat să majoreze în mod mai sensibil salariile în raport cu mărimea familiei salariatului. In anul 1935, sporurile la salarii, evaluate în mărci fiindcă au fost comunicate Congresului de demografie din Berlin, se prezentau astfel (316) :

Pentru primul copil	100	mărci pe an
Pentru al doilea copil	144	„ „ „
Pentru al treilea copil	297	„ „ „
Pentru al patrulea şi fiecare din cei următori	369	„ „ „

Totuşi aceste sporuri au fost insuficiente.

Considerând un funcţionar cu 1500 mărci salariu lunar şi punând în paralelă ceeace primia el în 1935 ca adaos de familie cu ceeace ar fi trebuit să primească conform coeficienţilor calculaţi mai sus, obţinem următorul tablou :

Adaosul efectiv		*Procentul adaosului efectiv*	*Procentul de adaos ce ar fi fost necesar*
Pentru 1 copil	100 mărci	7%	100%
Pentru 2 copii	244 „	16%	150%
Pentru 3 copii	541 „	36%	200%
Pentru 4 copii	910 „	60%	250%

Deci, diferenţa între starea de fapt şi adaosurile efectiv necesare este enormă. In alte ţări, situaţia este şi mai rea.

In România, sporurile la salariile funcţionarilor de Stat au fost

până în 1942 : 100 lei pe lună pentru un copil, 150 lei pentru 2 şi 250 lei pentru 3 şi mai mulţi (317). In Octombrie 1942, s'au acordat sporuri de 1000 lunar de copil în mediul urban şi 750 lei la ţară.

Natalitatea considerată ca minimală pentru menţinerea biologiei naţiunii şi anume 3 copii de menaj, nu poate fi asigurată decât printr'o politică a salariilor care să ducă la o echilibrare *reală* a sarcinilor familiale. Politica salariilor este cu atât mai necesară, cu cât reformele fiscale cu scop eugenic, utile necontestat, îşi exercită efectul cel mai intens în favoarea păturilor sociale superioare şi a burgheziei mijlocii. Pe măsură ce coborîm mai jos pe scara socială, reformele fiscale eugenice devin aproape inoperante. Aceasta nu din cauză că ar prezenta vreo defectuozitate prin ele însile, ci pentrucă baza, suma impozabilă, se îngustează foarte mult. *Aci trebuesc ameliorate salariile însăşi.*

Oficialitatea germană s'a preocupat de următoarea reformă (318): acel funcţionar care are 3 copii urma să primească întregul salar corespunzător treptei sale de salarizare; acela însă care are mai puţin de 3 copii trebuia să sufere proporţional amputări din salariul cuvenit; în fine, acela care are mai mult de 3 copii trebuia să primească tocmai plusurile procentuale ce au fost amputate funcţionarului cu copii puţini.

Plecându-se dela faptul că salariul este sporit din 2 în 2 ani, în Germania, şi având în vedere necesitatea ca tocmai la începutul carierei tânărul funcţionar să fie mai bine retribuit, s'a făcut şi următoarea propunere (319): fixarea numai a trei clase de salarizare; pentru prima clasă urmează să se prevadă ca salariu iniţial media salarizării pe 10 ani, conform regimului actual ; pentru a doua categorie, media pe 5 ani, şi pentru a 3-a categorie, salariul terminal. In ce priveşte sporurile de salariu pentru copii, acestea urmează a fi: pentru primul şi al doilea copil, spor de câte 10% asupra salariului; pentru al treilea şi al 4-lea câte 12% şi pentru fiecare copil următor câte 15%. Şi indemnizaţiile de chirie urmau a fi calculate în raport cu numărul copiilor funcţionarului respectiv.

6. *Diverse alte avantaje pentru familiile numeroase şi biologic normale*

F. Lenz făcuse o propunere în legătură cu *gradarea taxelor şcolare.* Pentru şcolarul din familia unde există un singur copil, urma a se plăti o taxă anumită, în tot cazul mult mai ridicată decât cea actuală. Pentru elevul provenind dintr'o familie unde sunt 2 copii, nu se va

mai plăti decât jumătate din această taxă, pentru elevul din familia cu 3 copii numai o treime, etc. (320).

S'a propus şi *micşorarea tarifelor de apă, gaz, electricitate, tarifelor de transport cu trenul, tramvaiul,* etc., în raport cu mărimea familiei.

In sistemul actual aceste tarife reprezintă o supraîncărcare bănească progresivă, îndreptată contra familiei numeroase. De exemplu, taxele pe contoare sunt dozate progresiv după numărul camerelor sau numărul prizelor. Este un adevărat impozit progresiv pe cap de copil, căci este dela sine înţeles că, pe măsură ce numărul copiilor va fi mai mare, vor fi mai numeroase camerele şi prizele. Trebue luat drept bază de taxare, raportul dintre numărul camerelor şi numărul membrilor familiei. In clasa de taxare cea mai de jos vor intra toate menajurile unde numărul camerelor nu depăşeşte cifra membrilor familiei. In clasa a doua, cu taxe mai ridicate, vor intra menajurile unde numărul camerelor este de 1½ ori mai mare decât cel al persoanelor conlocuitoare. In tariful 3, cel mai scump, vor intra acele familii unde numărul camerelor este dublu sau şi mai mare decât cel al persoanelor.

In ce priveşte tarifele de transport în comun, căile ferate germane au luat dispoziţia, pentru familiile cu 4 şi mai mulţi copii sub 18 ani, ca atunci când călătoresc 2 sau mai mulţi membri ai acestor familii, numai unul din călători să plătească biletul întreg, iar ceilalţi numai jumătate.

In *Franţa,* prin legile din 14 Februarie 1920 şi 29 Octombrie 1921, s'a dispus ca membrilor familiilor cu 3 copii să li se acorde o reducere de 30% asupra tarifelor căilor ferate, celor cu 4 copii 40%, celor cu 5 copii 50%, celor cu 6 copii 60% (321).

7. *Legislaţii complecte de politică a familiei*

Guvernul francez a decretat, la finele lunei Iulie 1939, *decretul-lege relativ la familia şi natalitatea franceză,* care constitue, prin prevederile sale numeroase, un cod al familiei din punct de vedere demografic şi eugenic (322).

Acest decret-lege cuprinde două părţi : ajutorarea familiei şi ocrotirea familiei. Partea întâia cuprinde 4 capitole : ajutoarele de acordat la naşterea primului copil ; alocaţiile familiale şi dispoziţii speciale pentru familia rurală; asistenţa acordată familiei.

In ce priveşte ajutorul acordat la naşterea primului copil (legitim), el nu este nici odată inferior sumei de 2000 franci; quantumul său a fost fixat la dublul salariului lunar care serveşte de bază pentru calcularea alocaţiei familiale.

Relativ la *alocaţiile familiale :* cadrul de aplicare a lor a fost mult lărgit, căci decretul-lege prevede atribuirea de alocaţii familiale, cu

începere dela al doilea copil şi mergând până la copilul care împlineşte 17 ani, tuturor persoanelor care-şi câştigă existenţa printr'o activitate profesională: funcţionari publici, muncitori din industrie, comerţ şi agricultură, profesionişti liberi. S'au introdus dispoziţii speciale pentru promovarea *familiei rurale*, prin două categorii de măsuri : a) acordarea de împrumuturi pentru întemeierea căsniciilor rurale (5000—20.000 franci) tinerilor cu sănătatea normală şi care se obligă ca timp de cel puţin 10 ani dela celebrarea căsătoriei să exercite o profesie agricolă; împrumuturile se amortizează în 20 rate semestriale; naşterea fiecărui copil aduce cu sine o scădere până la 5% din datorie, iar naşterea celui de-al 5-lea copil stinge complect restanţa ; b) anumite modificări în dreptul de succesiune; fiul de agricultor, dela vârsta de 18 ani înainte, este considerat ca lucrând la părintele său, pe baza unui „contract de muncă cu salariul amânat"; acest salar, pe care deci părintele îl datorează copilului, se totalizează până la decesul părintelui; în acest moment suma reprezentând echivalentul salariului se scade din totalul moştenirii şi se adaogă la partea care i se cuvine.

In fine, s'a instituit norma în virtutea căreia orice părinte de familie cu unul sau mai mulţi copii, de naţionalitate franceză, primeşte un ajutor variabil, în tot cazul peste 25 fr. de copil pe lună.

In ce priveşte măsurile de ocrotirea familiei, decretul-lege prevede ocrotirea maternităţii, a copilăriei şi a rasei. Ocrotirea maternităţii este realizată în special prin înăsprirea penalităţilor pentru avort : 1—5 ani închisoare.

In scop de ocrotire a copilăriei, se prevede că adopţiunea nu este permisă decât dacă e în avantajul adoptatului; legitimarea adoptivă nu este îngăduită decât în favoarea copiilor până la 5 ani; tutela copiilor naturali este scoasă de sub jurisdicţia tribunalului civil şi încredinţată unui consiliu al tutelelor, funcţionând în fiecare canton.

Ocrotirea rasei este realizată în decretul-lege amintit, prin : extinderea noţiunii de delict de atentat la bunele moravuri, agravarea penalităţilor pentru traficul cu substanţe toxice, reglementarea deschiderii de debite alcoolice, reorganizarea supravegherii medicale a şcolarilor.

Decretul mai prevede măsurile pentru finanţarea politicii familiei prin : a) impozite directe, denumite taxe de compensaţie familială şi aplicate celibatarilor, divorţaţilor, văduvilor fără copii, menajurilor care după 2 ani dela căsătorie nu au copii; b) contribuţiuni indirecte, mai ales supratаxe pe băuturi alcoolice.

Franţa, desigur sub influenţa stării sale demografice critice, a

căutat în 1939 să reunească într'un text de lege variatele măsuri pentru politica familiei.

Cicluri de legi destul de complecte sunt însă şi cele studiate pentru Germania, decretate în timp. Acelaş lucru îl putem spune despre Italia.

O politică a familiei este dusă în această ultimă ţară prin următoarele măsuri: premii de căsătorie, împrumuturi în vederea căsătoriei, spor „de soţie" la salariul slujbaşilor, organizarea călătoriilor de nuntă la Roma, premii de natalitate cari cresc progresiv în raport cu numărul copiilor, scăderi din împrumutul de căsătorie la naşterea fiecărui copil, uşurări de impozite pentru familiile cu mulţi copii mergând până la scutirea totală de impozit, călătorii cu preţ redus pe căile ferate, preferinţă dată la angajarea în instituţii publice, celor cu copii mulţi, scutiri de taxe şcolare pentru copiii familiilor numeroase, reduceri din primele de asigurare pentru părinţi de familii numeroase (323).

Aceste măsuri decurg din însăşi concepţia italiană asupra politicii eugenice. Se urmăreşte accelerarea dinamismului demografic, dar cu condiţia de a obţine „unităţi-om" sănătoase, voliţionale, virile (324). Se combate controlul naşterilor, neomaltusianismul şi în general toate măsurile cari tind la dezagregarea familiei şi răsturnarea moralei. Protecţia materno-infantilă, lupta contra avortului provocat, dirijarea migraţiunilor interioare, combaterea bolilor sociale, toate caută să consolideze familia.

Marele Consiliu fascist, în reuniunea din 3 Martie 1937, a hotărît: prioritatea la plasarea în muncă pentru părinţii de familii numeroase, o politică a salarizărilor care să ţină seama de sarcinile familiale, împrumuturi pentru căsătorie, asigurarea dotei pentru muncitorii tineri, constituirea unei Asociaţii naţionale a familiilor numeroase, revederea tuturor măsurilor demografice în sensul asigurării stabilităţii familiei numeroase şi biologic normale (325).

D. Măsuri de medicină socială

Eugenia foloseşte, deosebit de mijloacele studiate până azi, unele din măsurile care constitue partea normativă a medicinei sociale. Acţionând, fie cu obiectiv direct eugenic, fie în mod indirect prin ameliorarea biologiei colectivităţii, aceste măsuri sunt foarte importante. Avem de studiat: combaterea bolilor sociale, igiena mintală. măsuri educative şi măsuri de organizare a eugeniei pe teren.

1. *Combaterea bolilor sociale*

Combaterea marilor boli sociale ducând la eliminarea unor importanţi factori de scădere biologică, constitue şi un capitol de euge-

Scanned with OKEN Scanner

nie a naţiunii. O sumară privire asupra mijloacelor de luptă este necesară.

Lupta antituberculoasă. Intreaga profilaxie medico-socială a tuberculozei se grupează în juurl a două instituţii principale: dispensarul, instituţie de descoperire şi de repartiţie a bolnavilor ; sanatoriul, instituţie de cură şi de post-cură (326). Vin apoi : spitalele de izolare, indicate fiind spitalele-sanatorii la periferia marilor oraşe ; operele de prezervare a copiilor mici (Oeuvre Grancher); creşe de profilaxie anti-tuberculoasă (327); şcolile în pădure şi şcolile-sanatorii (328), coloniile de vacanţă; preventoriile; coloniile sanitare agricole.

Foarte importante sunt organizaţiile post-sanatoriale, menite să reacomodeze pe convalescentul tuberculos, activităţii productive profesionale. Aceste instituţii cuprind: cura de muncă; satele-sanatorii după modelul localităţii Papworth din Anglia, „Cité des blessés du poumon" din Salagnac-Dordogne, Herrnprotsch din Germania, etc., instituţiile de plasare pentru tuberculoşi; în fine atelierele de reeducare profesională.

Lupta contra bolilor venerice poate fi sintetizată în următoarele norme: tratament obligatoriu, urmărirea penală a celor recalcitranţi, măsuri speciale cu privire la prostituţie. In cadrul fiecăruia din aceste puncte de program, se pun o serie de probleme destul de greu de rezolvat în practică. Astfel sunt: declaraţia obligatorie a bolilor venerice, delictul de contaminare şi legiferarea lui, diversele sisteme de control sau tolerare a prostituţiei.

Cu toate aceste dificultăţi, lupta contra bolilor venerice, prin mijloacele medico-sociale, poate înregistra mari succese, mai ales când ea se centralizează în jurul institutelor de luptă antivenerică, cari posedă întreaga organizare şi instalaţia necesară. Ca exemplu poate servi institutul Alfred Fournier din Paris (329).

Combaterea alcoolismului. Lupta contra acestei boli sociale întâmpină mari dificultăţi în practică. Totuşi, sunt metode medico-sociale menite a duce la stăvilirea flagelului, în bună parte, şi implicit la rezultate eugenice. Ereditatea alcoolică se manifestă uneori. Din elevii şcolii de arieraţi din Torino, 25% aveau antecedente ereditare alcoolice (330).

Este indicată crearea de institute speciale pentru alcoolici cronici, capabile să dea acestei categorii de bolnavi spitalizarea, supravegherea şi tratamentul adecuate. In America, Anglia, Elveţia, etc. funcţionează azile speciale pentru alcoolici.

O etapă mai avansată în lupta contra alcoolismului este repre-

Scanned with OKEN Scanner

zentată prin legiferare, care poate îmbrăca trei înfăţişări: prohibiţia totală, măsură eficace în aparenţă, dar de rezultate îndoelnice în aplicarea ei practică, aşa cum a dovedit experienţa din Statele Unite (331); restricţii parţiale în sensul că nu se eliberează băuturi alcoolice decât pe baza unui carnet individual, până la o anumită cantitate şi numai începând dela o anumită vârstă ; monopolul produselor alcoolice, măsură ineficace în stadiul actual de criză financiară a statelor, când se caută în general, de către oficialitate, şi stimularea consumului băuturilor, sursă de venituri. Din punct de vedere medico-social şi eugenic, metoda cea mai bună de luptă antialcoolică rămâne educaţia masselor şi aşezarea lor în condiţiuni economice, culturale şi morale favorabile.

Principial, profilaxia oricărei boli sociale însemnează şi o contribuţie adusă programului de eugenie, căci împiedecă perpetuarea valorilor biologice scăzute.

2. *Igiena mintală*

a. Igiena mintală privită în general

Creşterea frecvenţei turburărilor mintale, caracteristice felului de viaţă al generaţiei contimporane, a făcut ca însăşi curentele de idei în psihiatrie să sufere o anumită evoluţie (332). O nouă orientare este îndreptăţită de recrudescenţa criminalităţii la indivizii cari aparent contează ca normali, precum şi la adolescenţi şi copii. Se pare că s'a produs un desechilibru în psihismul colectivităţii (333). Nu mai există acel echilibru perfect între funcţiile intelectuale şi sentiment. Acesta din urmă ar fi în decădere.

Bolnavul mintal trebue considerat nu numai în viaţa lui organică şi psihică, ci mai ales în conexiunile lui cu ambianţa socială, sub unghiul conflictelor permanente între individ deoparte, ambianţa de cealaltă. De aceea apare normală metoda pshihiatriei moderne care dă desvoltare profilaxiei şi tratamentului bolilor mintale în *cadru social.*

Este necesară astăzi o psihiatrie sociologică, deci preventivă (334). Se studiază modalităţile de comportare a individului în mediul familial, social şi profesional, spre a se găsi indicaţiile terapeutice cele mai nimerite pentru refacerea personalităţii temporar dezintegrate din cadrul social. Consultaţiile externe psihiatrice, la rândul lor, capătă o importanţă tot mai mare.

La lupta contra bolilor mintale, s'a căutat să se asocieze întreaga colectivitate organizată, creându-se *ligi naţionale de igienă mintală.* Scopul pe care îl urmăresc aceste ligi este studiul tuturor chestiunilor

relative la igiena mintală, atât la indivizii normali cât şi la bolnavii mintali. In cadrul acestei acţiuni dusă pe întreaga colectivitate funcţionează secţiuni speciale de profilaxie criminală (335).

In Franţa, oficialitatea sesizându-se de cifra crescândă a alienaţilor mintali, a manifestat în ultimii ani preocupări de igienă mintală Circulara din 13 Octombrie 1937 a Ministerului sănătăţii publice cere prefecţilor şi consiliilor generale să organizeze profilaxia mintală pe bazele următoare: întemeierea de dispensarii de igienă mintală în centrele cele mai importante ale ţării; serviciul social de igienă mintală; organizarea unor servicii zise libere, pentru observaţia şi tratamentul bolnavilor mintali; modernizarea instituţiilor închise (341).

Instituţia cea mai importantă o constitue *dispensariile de igienă mintală*. Scopurile acestei categorii de instituţii pot fi astfel schematizate: dispensarul asistă pe toţi indivizii atinşi de turburări mintale şi cerebrale; previne bolile mintale descoperind la copii primele simptome ale acestor boli; asigură securitatea publică preîntâmpinând crimele şi sinuciderile; sfătueşte familiile bolnavilor în ce priveşte măsurile cele mai eficace la cari trebue să recurgă. Consultaţiile vor indica felul de viaţă cel mai adecuat pentru individul predispus la turburări mintale. Serviciul social anexat dispensarului va controla aplicarea precisă a prescripţiilor dela consultaţii şi va urmări pe bolnav, ca şi pe individul predispus, dealungul întregei sale vieţi, în familie ca şi la locul de muncă.

Apoi, foarte numeroşi indivizi cu instabilitate psihică sunt readaptaţi vieţii de randament economic şi social.

Problema readaptării sau reclasării bolnavilor mintali se pune azi pe un plan foarte vast. Este fapt în general constatat că, în măsura în care asistenţa medicală psihiatrică se perfecţionează, creşte cifra celor eşiţi vindecaţi sau ameliorati într'un răstimp scurt. 40% din bolnavi părăsesc instituţia psihiatrică în răstimpul primelor două luni dela internare, iar 81% din bolnavii mintali spitalizaţi părăsesc instituţia în decursul primului an dela internare. Toţi aceştia sunt elemente reclasabile din punct de vedere social. In aceasta constă importanţa problemei (336).

Reclasarea trebue să înceapă odată cu spitalizarea. Este nevoe pentru aceasta să se creeze servicii psihiatrice anexate chiar pe lângă spitalele de medicină generală din marile centre urbane, aşa cum funcţionează la Bruxelles, Gand, Liège.

O organizaţie aproape ideală, din acest punct de vedere, posedă oraşul Rotterdam. Spitalul psihiatric din Maasoerde are un medic exclusiv însărcinat cu serviciul social. Medicul conduce şi un serviciu de consultaţii în Rotterdam,

Scanned with OKEN Scanner

unde se prezintă regulat foştii pensionari ai spitalului, reîncadraţi în viaţa socială.

Sistemul ar trebui generalizat la toate spitalele psihiatrice. Un medic, ajutat de asistente sociale, va desfăşura întreaga acţiune menită să împiedece desadaptarea socială a bolnavului. Contactul cu familia, patronii şi operele de asistenţă, va fi cât mai strâns.

b. Igiena mintală la copii

Copilul suferă la maximum înrîuririle, favorabile sau defavorabile, ale eredităţii şi mediului. Rolul igienei mintale infantile constă în preocuparea de copil *înainte* ca acesta să devină iremediabil tarat, veghiând ca înrîuririle defavorabile ale ambianţei să nu vină să se adaoge la fondul său constituţional preexistent.

La Congresul internaţional de psihiatrie infantilă (Paris 1937), *E. Miller* a individualizat cele două mari tipuri de copii anormali: a) tipul mobil şi impulsiv, b) tipul atonic şi psiho-neurotic. Fiecare din aceste tipuri posedă anomalii constituţionale speciale, precum şi o anumită psihologie patologică.

Clasificarea minorilor anormali psihici a preocupat pe numeroşi autori (336). Unii au stabilit următoarele categorii : biopatici, copii cu anormalităţi psihice moştenite; cerebropatici, copii anormali din cauza unor leziuni cerebrale dobândite ; biocerebropatici, cu anormalitatea de etiologie mixtă *(Sanctis)*. Alţi autori *(Kraepelin)* au adoptat o clasificare bazată pe vârsta mintală : idioţi, rămaşi cu mentalitatea copilului de 7—8 ani; imbecili, rămaşi cu mentalitatea vârstei de 10–11 ani; debili mintali, ce rămân cu mentalitatea din adolescenţă. *G. Tropeano* stabileşte două categorii: anormalii adevăraţi, caracterizaţi prin insuficienţă de desvoltare intelectuală şi morală; anormalii falsi care sunt fie indivizi neînţeleşi, fie de slabă constituţie psihică (337)

In Italia, pentru copiii anormali mintali funcţinează: dispensarele neuro-psihiatrice, unde se precizează diagnosticul ; azilele-şcoli sau şcolile autonome, unde se face corectarea anormalilor; clasele diferenţiale, pe care le urmează elevii înapoiaţi până ce ajung să recupereze nivelul claselor comune.

Anumite norme s'au adoptat pentru igiena mintală în şcoli. Se ţine în general seamă de un număr de elemente, care altădată erau neglijate. Copilul este observat, atât în comportarea sa cu colegii cât şi cu corpul didactic. Profesorul, la rândul său, este observat în comportarea lui faţă de copil şi faţă de ceilalţi membri ai corpului didactic. Influenţa programelor şcolare, a vacanţelor, a recreării în colonii, asupra psihicului copilului, este studiată. In fine, se acordă multă im-

Scanned with OKEN Scanner

portanţă raporturilor dintre şcoală de o parte, ambianţa familială a elevului de cealaltă (338).

Un imperativ al igienei mintale aplicată în şcoli este examinarea tuturor copiilor din punctul de vedere psihic. Aplicarea acestei norme, preconizată încă din 1926, îngădue instituirea unei educaţii conform aptitudinilor fiecărui elev (339).

Examenul psihologic al copilului este făcut prin *teste,* adaptate fiecăreia din fazele evoluţiei mintale. Aceste etape ar putea fi astfel fixate: prima etapă, numită perioada motoare, dela naşterea copilului până la 3 ani, răstimp în care funcţiunile de motricitate domină întreg psihicul ; perioada a doua, numită a interesului concret, sensorial, care ţine până la 6 ani ; a treia perioadă, de transiţie, până la 12 ani, răstimp în care copilul îşi înregistrează noţiunile în memorie şi îşi desvoltă funcţiile de elaborare; perioada următoare este aceea a maturităţii psihice, dela 12 ani în sus activitatea copilului fiind dominată de reflecţie şi inteligenţă.

Un rol foarte important în igiena mintală a vârstei şcolare este deţinut de *dispensarul de igienă mintală,* care posedă *o secţiune specială pentru copii.* In această instituţie se practică mai întâi un examen medical general, pentru a descoperi anomaliile fizice care provoacă eventual turburări mintale. In al doilea rând se practică examenul mintal; prin acest examen se adună toate datele relative la sfera de interes manifestată de copil, atenţia lui, formele de memorie (de fixare, de asociere, de păstrare), capacitatea de concepţie, execuţie şi gradul de afectivitate Datele sunt consemnate în fişe speciale. In al treilea rând se practică examenul pedagogic, cercetându-se bogăţia de vocabular a copilului, capacitatea lui la citit, scris, calculat, etc. Şi aceste date sunt consemnate pe o fişă specială. In fine, se completează fişa de anchetă socială. Asistenta socială consemnează situaţia materială a familiei copilului, situaţia factorului locuinţă, felul în care decurge viaţa copilului în mediul familial, relaţiile între această viaţă şi comportarea copilului în şcoală.

Rezultatele practice ale supravegherii copiilor de şcoală prin dispensariile de igienă mintală trebue să se concretizeze în crearea *claselor speciale :* pe de o parte pentru întârziaţii şi debilii mintali, de cealaltă parte pentru copiii superior dotaţi.

La Roma funcţionează instituţii speciale de supraveghere neuropsihică a şcolarilor. Şi pentru deficientul grav se realizează o adaptare la o anumită categorie de muncă, în raport cu nivelul său mintal. Prin decretul-lege dini 28 Iulie 1934 s'au creat *centre de observaţie pentru*

Scanned with OKEN Scanner

minori. Aceste centre, urmărind profilaxia criminalității la minori, îndeplinesc în bună parte igienă mintală infantilă (340).

Pe lângă centrul din Roma s'a creat organul de *consultații de medicină pedagogică de ameliorare*, care urmărește profilaxia foarte precoce a criminalității la minori. Se întreprinde din vreme asanarea acelor medii în cari copilul este mai amenințat să capete reacțiuni antisociale și criminale. Medicul consultă pe toți copiii semnalați de familii, de școli și de orice altă autoritate, copii care prezintă predispoziția la delict și crimă, din cauza mediului în care cresc. Organul de consultații medico-pedagogice face operă profilactică, sesizând pe copii în mediul lor familial, atunci când nu au comis încă nici un act periculos. Medicul poate menține timp nedeterminat contactul direct cu ambianța familială (340).

Avantajele aplicării igienei mintale la copiii de școală se pot rezuma astfel: adaptarea instrucțiunii la aptitudinile elevului ; crearea de grupe omogene de elevi ; facilitarea progreselor pentru copiii superior dotați ; facilitarea unei instrucțiuni adecuate pentru copiii întârziați ; randament mai mare în școală ; economie de timp și de sforțări din partea corpului didactic, precum și de bani.

Aplicarea igienei mintale va continua și în perioada post-școlară. O strictă selecție mintală se va face la angajarea în muncă, eliminându-se desechilibrații, perverșii, etc. (341).

Și în timpul serviciului militar, la regimente, se va căuta a se descoperi anormalii ca și predispușii la turburări mintale, prin consiliile de reformă și comisiile de revizuire.

3. *Educația eugenică a populației*

Educația masselor populației asupra tuturor chestiunilor de eugenie, așa încât să facem din aceste masse colaboratori ai operei inițiate de factorii conducători, reprezintă una din măsurile fundamentale în demografia calitativă.

Aplicarea mijloacelor eugenice este legată de dificultăți serioase, în practică. Este vorba adesea de măsuri de lungă aplicare, de o acțiune perseverentă, dealungul deceniilor, precum și de modificarea mentalității colective și suprimarea prejudecăților. Metoda educativă este în stare să ne înlesnească succese, pe care altfel nu le-am putea obține.

Trebue să începem cu educația părinților, asupra importanței problemelor de eugenie. In țările anglo-saxone acest obiectiv a fost atins mai de mult. S'a întemeiat la New York, cu colaborarea între

medici, juriști, profesori, etc. „The voluntary parents head league", o asociație care urmărește educația părinților pentru ca procrearea să se facă într'un mod conștient, ținându-se seamă de factorii sănătate, ereditate, resurse materiale, mediu și stare generală a colectivității. In Olanda, încă din 1881, din îndemnul profesorului *Traub*, și în Elveția, sub impulsul în special al profesorului *Forel*, se urmăresc aceleiași scopuri de educare a părinților (342).

Dar partea cea mai importantă a educației eugenice rămâne educația generațiilor tinere, pentru ca ele, la rândul lor, obișnuindu-se să acorde importanța cuvenită problemelor de eugenie, să influențeze massa adultă în acest sens (343). Mijlocul practic pentru atingerea acestui scop este *carnetul sanitar individual*, care are a însoți pe copil dealungul întregei școlarități și mai târziu, în viața adultă. Acestui carnet trebue să i se dea o extensiune cât mai mare, din punct de vedere al intereselor eugenice și al biologiei colectivității. Deaceea, el trebue să conțină, pe lângă datele medicale obișnuite, o fișă a constituției copilului. Se vor consemna caracterele anatomice (statură, perimetru toracic), caracterele fiziologice (tensiunea arterială, capacitatea vitală, glicemie, etc.), în fine trăsăturile caracterologice și, pe baza arborelui genealogic și al înrudirii familiale, formula predispoziției ereditare a individului (344).

Există numeroase modele de carnete de sănătate, după cerințele cari au fost socotite mai adecuate, de către fiecare țară, și după tendințele ei de politică eugenică.

In *Belgia*, „Société belge de médecine préventive et d'eugénique" a publicat un model care e mult folosit. Ulterior, „Fédération des médecins belges" a răspândit un alt model de carnet de sănătate, cu un bogat conținut educativ și de propagandă, pe lângă cuprinsul medical propriu-zis.

Oficial, carnetul sanitar pentru școlari a fost întrodus prin decretul regal din 25 Martie 1921. In 12 Septembrie 1938, un nou decret regal modifică și amplifică prevederile precedentului (345). Se introduce un model unic, editat de Ministerul de interne și sănătate publică. Se prevede că acest carnet însoțește pe individ toată viața lui.

In 1936, secțiunea prevederilor sociale din Consiliul superior al muncii și prevederilor sociale, în Belgia, a hotărît introducerea carnetului sanitar individual pentru întreaga clasă muncitoare (346). Prin decretul regal din 18 August 1938, serviciul carnetului sanitar devine de sine stătător, funcționând în cadrul Departamentului internelor și al sănătății publice. Acest serviciu a eliberat până la finele anului 1938, 67.075 carnete (347).

Scanned with OKEN Scanner

In *Franţa,* şi-a găsit răspândire un livret de sănătate publicat de către „Commission d'hygiène sociale de la Confédération des syndicats médicaux français". Alte carnete de sănătate au forma unui „Dossier de santé", astfel amenajat încât titularul îşi poate păstra în carnet toate documentele (examene de laborator, radiologice, etc.) care îl privesc. Un alt model, destul de practic, este cel editat de către „Fédération médicale de Franche-Comté et l'Institut d'éducation physique de Besançon".

Printr'o decizie ministerială din 2 Mai 1939, Ministerul Sănătăţii institue carnetul de sănătate obligator. In acest carnet trebuesc înscrise toate informaţiunile medicale privind sănătatea individului. Municipalităţile sunt obligate să elibereze un carnet de sănătate părinţilor, odată cu anunţarea naşterii copilului (348).

In *Germania,* sunt utilizate carnete rasiale şi de sănătate (349).

In *Italia* a fost întocmit, în 1938, livretul individual biotipologic-sanitar (350). Livretul conţine date asupra eredităţii şi mediului, a primilor 2 ani de vârstă, vârstei 3—6 ani, 7—11 ani şi de la 19 ani la vârsta adultă.

Legea din 10 Ianuarie 1935 a instituit livretul de muncă, cuprinzând pagini rezervate vizitelor medicale (351).

In *Turcia,* art. 126 din legea de igienă publică prevede că toate persoanele care exercită o profesiune în legătură cu alimentaţia şi cu îngrijirea corporală trebue să posedă un carnet de sănătate. In acest carnet se trec rezultatele vizitelor periodice trimestriale (352).

4. *Câteva norme de organizare a documentării eugenice*

Anumite norme trebuesc adoptate în acţiunea eugenică de către instituţiile de stat ca şi cele particulare, pentru a se obţine în special documentarea necesară.

Principial, fiecare locuitor trebue să-şi întocmească tabela de spiţă. Astfel se procedează în Germania. Spiţa cuprinde, precum am arătat: cei 4 bunici ai individului în cauză (prima generaţie); părinţii, fraţii şi surorile acestora (a doua generaţie); persoana interesată cu fraţii şi surorile, verii şi verişoarele ei (a treia generaţie); copiii, nepoţii de fiu, copiii nepoţilor şi nepoatelor de frate (a patra şi a cincea generaţie); în fine, strănepoţii persoanei în chestiune (a şasea generaţie) (353).

Tabelele astfel întocmite constitue o primă etapă pentru obţinerea de *cartoteci biologico-ereditare* (354). Documentele se reunesc în fişe, pe familii. Astfel se constitue mapele, aranjate într'o anumită ordine

numerică, corespunzând numărului de ordine al individului care a servit ca punct de plecare.

Treptat, dela cartoteca biologico-ereditară, s'a trecut la înfăptuirea *arhivei ereditare*, cuprinzând documentele eugenice relative la un întreg grup de populaţie, sistematizate şi aranjate. Scopul întocmirii unei atari arhive ereditare este multiplu : aplicarea pe teren a legii sterilizării preventive; consultaţiile prenupţiale; selecţiunea solicitatorilor de împrumuturi pentru întemeierea de căsnicii; selecţiunea candidaţilor la colonizările rurale şi sub-urbane; selecţiunea biologică a candidaţilor la slujbe ; determinarea valorii biologico-ereditare a tuturor indivizilor ce urmează a beneficia de asistenţa publică. O astfel de arhivă a eredităţii poate cuprinde datele relative la populaţia unui întreg ţinut. In Germania, această inventariere a situaţiei eredităţii, pe grupe mari de populaţie, este dată în seama oficiilor sanitare, prin legea de unificare a serviciilor sanitare. Infirmiera-vizitatoare capătă atribuţii foarte importante în domeniul eugeniei. Ţinerea cartotecii eredităţii, întocmirea tablourilor de spiţă, etc., sunt încredinţate uneia din surorile mai inteligente, mai instruite şi cu putere de muncă (355).

In cadrul oficiului sanitar, secţiunea de igienă a eredităţii şi a rasei îşi raţionalizează azi munca în modul următor : medicul sanitar practică examenul, decide asupra valorii eredo-biologice a examinatului şi controlează activitatea de înregistrare a arborilor genealogici; infirmiera face inventarierea eredo-biologică, dă sfaturi prenupţiale, se ocupă de corespondenţa în legătură cu acest domeniu, clasează materialul adunat; funcţionari de birou sunt detaşaţi pentru prelucrarea şi înregistrarea materialului brut, sub conducerea permanentă a infirmierei vizitatoare.

Acestea sunt câteva norme aplicate până în prezent pentru realizarea documentării eugenice, ca bază a unor măsuri practice şi raţionale în viitor.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. *G. Banu*: Eugenie, ereditate, rasă, în volumul „Mari probleme de medicină socială", Bucureşti 1938.
2. *A Ploetz*: Zur Entwicklung der Rassenhygiene, in „Rassekurs in Egendorf", München 1935.
3. *G. Banu*: Eugenia poporului românesc, Revista de igienă socială, No. 11—12/1941.
4. *E. Pittard*, în prefaţa lucrării: *L. Darwin*, Qu'est-ce que l'eugénique? Paris, Alcan, 1932, pag. II.
5. *K. Saller*: Unterschiedliche Vermehrung einzelner Volkskreise, în „Einführung in die menschliche Erblichkeitslehre und Eugenik", Berlin 1932, pag. 255.
6. *Nietzsche*, menţionat de *A. Ploetz*, loco cit.
7. *L. Darwin*: Les hommes qu'il nous faut, în „Qu'est-ce que l'eugénique", Paris 1932, pag. 40 şi următ.
8. *L. Darwin*: L'eugénique dans l'avenir, op. cit., pag. 106.
9. *M. T. Nisot*: La question eugénique dans les divers pays, Bruxelles, 1927, tome I.
10. *Fallon*: L'eugénique, menţionat de *M. T. Nisot*, loc. cit., pag. 13.
11. *Possemiers*: Rapport au deuxième Congrès international pour la protection de l'enfance, Bruxelles 1921, menţionat de *M. T. Nisot*, loco cit.
12. *H. Haubold*: Johann Peter Frank, der Gesundheits-und Rassenpolitiker des 18. Jahrhunderts, München 1939.
13. *O. v. Verschuer*: Einführung in Geschichte und Begriff der Rassenhygiene, în „Leitfaden der Rassenhygiene", 1941, pag. 10.
14. *M. T. Nisot*: L'eugénique en Grande-Bretagne, op. cit. pag. 27.
15. Reuniunea asociaţiilor de igienă socială din Berlin, Revista de igienă socială, 1931, pag. 848.
16. *O. v. Verschuer:* Aufgaben und Ziele des Instituts für Erbbiologie und Rassenhygiene in Frankfurt a. Main. Der öffentliche Gesundheitsdienst. 5.VIII.1935.
17. *M. T. Nisot*: Les institutions eugéniques aux Etats-Unis, op. cit., pag. 141.

Scanned with OKEN Scanner

18. *G. Banu:* L'Hygiène de la race, Masson 1939, pag. 190.
19. *Engel:* Elements of child protection, London 1912, menţionat de *M. T. Nisot*, op. cit. pag. 86.
20. *W. Chase:* The new generation, Decemb. 1926, menţionat de *M. T. Nisot*, op. cit. pag. 60.
21. *Laurian* şi *Bălcescu:* Magazinul istoric, tom. II, pag. 177, menţionat de *G. Banu*, Eugenia poporului român, loc. cit.
22. *P. G. Samarian:* Bolile motiv de divorţ în legiuirile vechi româneşti, Revista de igienă socială 1931, pag. 581.
23. *E. Baur, E. Fischer, F. Lenz:* Menschliche Erblehre, IV. Auflage, München 1936, pag. 3.
24. *M. Caullery:* Les conceptions modernes de l'hérédité, Paris 1935.
25. *H. W. Siemens:* Grundzüge der Vererbungslehre, Berlin 1937.
26. *F. Jung:* Die Grundlagen der Vererbungslehre und der Rassenhygiene, în „Rassekurs in Egendorf", München 1935.
27. *V. Haecker:* Vererbungsgeschichtliche Probleme der sozialen und Rassenhygiene, în „Handbuch der sozialen Hygiene", vol. I. 1926. — *W. M. Feldman:* Mendel's and Galton's laws of heredity, în „The principles of antenatal and post-natal child physiology", London 1920, pag. 64.
28. *E. Fischer:* Die gesunden körperlichen Erbanlagen des Menschen, în *Baur-Fischer-Lenz*, op. cit. pp. 116—246.
29. *F. Lenz:* Die krankhaften Erbanlagen, în *Baur--Fischer-Lenz*, op. cit. 323—587.
30. *A. Gütt, E. Rüdin, F. Ruttke:* Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, München, 1934.
31. *Max Fischer:* Bluterkrankheit und Verwandtenehen, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20.IX.1935.
32 *H. Günther:* Grundprobleme der Konstitutionsforschung, Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Medizin, Bd. VI, H. 3, 1929, mention. de *Th. Brugsch*, loc. cit.
33. *J. Tandler:* Konstitution und Rassenhygiene, Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre, 1913, mention. ibid.
34. *F. Lenz:* în *Baur, Fischer, Lenz:* Menschliche Erblehre, 1936, p. 414.
35. *J. Bauer:* Vorlesungen über allgemeine Konstitutions-u. Vererbungslehre, II. Aufl., Berlin, Springer, 1923.
36. *Th. Brugsch:* Erforschung und Lehre der Konstitution in ihren Beziehungen zur Volksgesundheit, Archiv für soziale Hygiene, H. 6. 1933/34.
37. *A. Kühn:* Erbkunde, în *Künn, Staemmler, Burgdörfer*, Erbkunde, Rassenpflege, Bevölkerungspolitik, 1936, p. 3.
38. *E. Kretschmer:* Wissenschaftliche und praktische Ziele der Konstitutionsforschung, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 6, 1933—1934 — La structure du corps et le caractère, Paris 1930.
39. *G. Montandon:* La race, les races, Paris, Payot, 1933.
40. *N. Pende:* Endocrinologia, Milano, 1923. — *N. Pende*, Trattato sintetico di patologia e clinica medica, 1928.
41. *N. Pende, G. Vidoni:* Les quatre biotypes humains, Rapport au Congrès international de l'enseignement technique, Paris 1931.
42. *E. Schreider:* Les types humains, III. Les types somato-psychiques, Paris Hermann & Co., 1937, p. 55 ss.
43. *N. Pende:* La méthode biotypologique d'exploration de l'individu humain,

Paris 1938. — *Laugier, Toulouse, Weinberg:* Biotypologie et aptitudes scolaires, Paris, 1934.

44. *W. Jaensche, W. Zeller:* Konstitution, Entwicklungsdiagnose, Entwicklungshemmung und Rasse, în „Bevölkerungsfragen", Berlin 1935, pag. 512.
45. *G. Banu:* Les buts de l'hygiène de la race, loco cit., p. 2.
46. *E. Murr:* Von zeitgemässer Sippenkunde und ihrem Verhältnis zur alten Genealogie, zur Rassen-u. Volkskunde ,Arch. für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik, No. 2/1937.
47. *E. Fischer:* Die Erbanlangen der Rassen, în *Baur, Fischer, Lenz,* Menschliche Erblehre, 1936, p. 250 şi următ.
48. *M. Staemmler:* Rassenkunde und Rassenpflege, în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer,* Erbkunde, Rassenpflege, Bevölkerungspolitik, 1936, p. 97.
49. *G. Banu:* Race, nation, ethnie, în „L'hygiène de la race", Paris 1939, p. 9 şi urm.
50. *E. Fischer:* Rasse und Volk, loc. cit. p. 312.
51. *P. P. Negulescu:* Geneza formelor culturii, Bucureşti, 1934, p. 297 şi urm.
52. *E. Pittard:* Les races et l'histoire, Paris 1924. — *Reche:* Die Rassenmischung beim Menschen, München 1936.
53. *G. Perret:* Cro-Magnon-Typen vom Neolithikum bis heute, Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie, 3.I.1937, recenzat în Der öffentliche Gesundheitsdienst an. III, No. 21/1938, p. 725 B.
54. *F. Lenz:* Rasse und Klima, Der öffentliche Gesundheitsdienst, an. IV, No 16, 20.XI.1938, p. 659.
55. *Weinert:* Die Rassen der Menschheit, Leipzig 1939.
56. *G. Montandon:* La généalogie des grand'races, loco cit., p. 274.
57. *P. P. Negulescu,* op. cit., Variabilitatea caracterelor morfologice, p. 269. — *Eugen Fischer:* Spezielle Anthropologie oder Rassenlehre, 1923.
58. *O. Ammo:* Die natürliche Auslese beim Menschen, 1893.—Die Gesellschaftsordnung und ihre natürlichen Grundlagen, 1896, menţionat de *P. P. Negulescu,* loco cit.
59. *F. Hertz:* Rasse und Kultur, 1915, menţionat ibîd.
60. *R. Martin:* Lehrbuch der Anthropologie, 1914.
61. *R. Virchov:* Rassenbildung und Erblichkeit, Festschrift f. Bastian, 1896, p. 25, menţion. ibid.
62. *L. Hirszfeld:* Les groupes sanguins, Paris, Masson, 1938, p. 131.
63. *K. Landsteiner:* Über Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes, Wiener klinische Wochenschrift, Bd. 14, 1901, menţion. de *P. P. Negulescu.*
64. *A. Decastello, A. Sturli:* Über die Isoagglutinine im Serum gesunder und kranker Menschen, Münchener medizinische Wochenschrift, 1902, menţion. ibid.
65. *E. v. Düngern, L. Hirszfeld:* Über Nachweis und Vererbung biochemischer Strukturen, Zeitschr. f. immunologische Forschungen Bd. 4, 1910, menţion ibîd.
66. *J. Langer:* Über Isoagglutinine beim Menschen, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters, Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 24/1903, menţ. ibid.
67 *C. Ionescu-Mihăeşti:* Données récentes sur l'hémoagglutination et l'hémolyse du sang humain, în „Traité du sang", de *A. Gilbert* et *Weinberg.* 1932.
68. *F. H. Hankins:* La race dans la civilisation, Paris, 1935, p. 227.

69. W. *Staemmler:* Aus welchen Rassen besteht das deutsche Volk? în „Erbkunde, Rassenpflege, Bevölkerungspolitik" de *Kühn, Staemmler, Burgdörfer,* 1936, p. 111.
70. G. *Landra:* Il problema della razza in Romania, Bucarest 1942.
70 a. V. *Papilian* et C. *Velluda:* L'historique de l'anthropologie en Roumanie, XVII-e congrès international d'antrophologie et d'archéologie préhistorique Bucarest 1937, pag. 103.
70. b: *E. Pittard:* Les peuples des Balkans, Paris 1920, menţionat de *Papilian-Velluda,* loc. cit.
70 c: *V. Lebzelter:* La répartition des types raciaux romano-méditerranéens L'anthropologie, tome 45, Nr. 1-2, 1935, menţionat de *Papilian-Velluda,* loc. cit.
70 d: *S. Manuila* et *G. Popoviciu:* Recherches sur les races roumaine et hongroise en Roumanie par l'isohémoagglutination, C. R. Soc. de biologie, 1924, tome I, menţionat de *Papilian-Velluda,* loc. cit. pag. 113.
70 e: *G. Popoviciu:* Asemănări şi diferenţe în structura de rasă sanguină a Românilor şi popoarelor conlocuitoare şi învecinate, Soc. română de antropologie din Cluj, şed. 23.I.1936.
70 f: *Fr. I. Rainer:* Enquêtes anthropologiques dans trois villages roumains des Carpathes, Bucarest 1937.
70 g: *V. Papilian* şi *C. Velluda:* Cercetări antropologice asupra Moţilor dintre Arieşe, Bucureşti 1940.
70 h: *V. Papilian* şi *N. Bumbăcescu:* Indicele frontal la Români şi Unguri, Soc română de antropologie, Cluj. 24.IV.1934.
70 i: *I. Făcăoaru:* Despre structura rasială a populaţiei rurale din România, Revista de igienă socială, Ianuarie-Iunie 1940.
71. *Otto Flössner:* Rassenphysiologie, în volumul „Rasse und Krankheit" de *J. Schottky,* München, 1937.
72. *A. Basler:* Einführung in die Rassen-und Gesellschaftsphysiologie, Stuttgart, 1925, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
73 *A. Dürig,* Über Blutdruck und Blutdruckmessung, Wien-Leipzig 1932, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
74. *J. Deniker:* Les races et les peuples de la terre, Paris, 1926, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
75 *K-F-Günther:* Rassenkunde des jüdischen Volkes, München 1930, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
76. *E. Fischer:* Anthropologie, 1923, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
77. *W. Fischer:* Ernährung als Krankheitsursache, Halle, 1931, menţionat de *O. Flössner.* loc. cit.
78. *F. G. Benedict:* Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden, vol. IV. 1929. menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
79. *H. K. Barrenscheen:* Handbuch der Biochemie, 1934, menţionat de *O. Flössner,* loco cit
80. *C. C. Bunch, T. S. Rayfort:* Archiv of Otolaringology, 13.1931, menţionat de *O Flössner,* loco cit.
81. *W. Scheidt:* Allgemeine Rassenkunde, München, 1925, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
82. *E. Eylmann:* Die Eingeborenen der Kolonie Südaustralien, Berlin 1908, menţionat de *O. Flössner,* loco cit.
83. *W. Hildebrandt:* Die Bedeutung der Rassenkunde für den Einzelnen und

Scanned with OKEN Scanner

für die Volksgemeinschaft, 1933, menţionat de *O. Flössner*, loco cit.
84. *Fukushima:* Zentralblatt für innere Medizin, 37, menţionat de *O. Flössner*, loco cit.
85. *B. Rensch:* Das Prinzip geographischer Rassenkreise nach dem Problem der Artbildung, Berlin 1929, menţionat de *O. Flössner*, loco cit.
86. *J. Ranke:* Der Mensch, 1.II, menţionat de *O. Flössner*, loco cit.
87. *J. Schottky:* Rasse und Krankheit, Einführung, München 1937.
88. *L. L. Finke:* Versuche einer allgemeinen medizinisch-praktischen Geographie, Leipzig, 1792-5, menţion. de *J. Schottky*, loc. cit.
89. *W. Unverricht:* Rasse und innere Krankheiten, în vol. „Rasse und Krankheit" de *J. Schottky*, München, 1937, pag. 49 şi urm.
90. *Finkbeiner:* Die kretinische Entartung, Berlin, 1923, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
91. *Nassau:* Zeitschrift für Kinderheilkunde, 55.1933, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
92. *M. J. Gutmann:* Über den heutigen Stand der Rasse — und Krankheitsfrage der Juden, teză, München 1920, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
93. *Vlados, Bondarenko:* Le sang, No. 8/1934. — *Friedländer:* Americ. Journ. of the medical sciences, vol. IX, No. 187, 1934, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
94. *R. H. Jaffé:* Virchows Archiv, No. 265/1927, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
95. *Sanders:* Krankheit und Sterblichkeit bei der jüdischen und nichtjüdischen Bevölkerung, teză, Amsterdam, 1918, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit
96. *J. Bauer:* Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten, Berlin, 1917, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
97. *Rummel:* Archiv für Rassen-u. Gesellschaftsbiologie, 1930, menţionat de *W. Unverricht*, loco cit.
98. *B. de Rudder:* Rasse und Infektionskrankheiten, în vol. „Rasse u. Krankheit" de *J. Schottky*, München, 1937, p. 83.
99. *Agadjanow:* Studiu asupra epidemiologiei scarlatinei în ţinutul Taşkent, publicat în Gigiena i Epidemiologia, 6. 1926, menţionat de *B. de Rudder*, loco cit.
100. *G. Olpp:* Rasse und Tropenkrankheiten, în „Rasse und Krankheit" de *J. Schottky*, p. 93 şi urm.
101. *L. Külz:* Beiträge zum Bevölkerungsproblem unserer deutschen Kolonien, 1910, menţion. ibid.
102. *Jäger:* Beiträge zur Rassenhygiene aus dem Bezirk Ebelowa, Südkamerun, Arch. f. Schiffs. u. Tropenhygiene, 1912, Bd. 16, menţion. ibid.
103. *Mine:* Die Malaria im fernen Osten, Malaria, Bd. II, menţion. ibid.
104. *M. Schubert:* Rasse und Hautleiden, în vol. „Rasse und Krankheit" de *J. Schotty*, p. 125 şi urm.
105. *Fox:* Al VI-lea congres internaţional de dermatologie, 1907, menţion. ibid.
106. *Uchida:* Japan Journ. of Dermatology and Urology, vol. XXVII, menţionat de *M. Schubert*, loco cit.
107. *R. Spitzer:* Geographische Verteilung der Hautkrankheiten, în „Handbuch der Haut-u. Geschlechtskrankheiten" de *Jadassohn*, vol. XIV, II, menţion. ibid.
108. *H. Zimann:* Die ubiquitären Hauterkrankungen bei den färbigen Rassen în *Jadassohn*, vol. 12, menţion. ibid.

109. *B. Kihn:* Rasse und neurologische Erkrankungen, în „Rasse und Krankheit" de *Johannes Schottky* p. 140.
110. *F. Curtius:* Die organischen Erbkrankheiten des Nervensystems, Stuttgart 1935, menţion. ibid.
111. *Oppenheim:* Lehrbuch der Nervenkrankheiten, III. Aufl, menţionat de *B. Kihn,* loco cit.
112. *K. Beringer:* Rasse und Metalues, în vol. *J. Schottky* „Rasse und Krankheit", 1937, p. 166.
113. *E. v. Düring:* Endemische Syphilis in Kleinasien und ihre klinischen Besonderheiten, Forschungen und Fortschritte, 1935, menţionat de *K. Beringer,* loco cit.
114. *M. J. Guttmann:* Zur Paralysefrage bei den Juden, ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie, Achiv. f. Rassen-u. Gesellschaftsbiologie, Bd. 16. 1914 menţionat de *K. Beringer,* loco cit.
115. *R. Stern:* Über körperliche Kennzeichen der Disposition zur Tabes, 1912 menţionat de *K. Beringer,* loco cit.
116. *Johannes Schottky:* Rasse und Geisteskrankheiten, în „Rasse und Krankheit", München, 1937, p. 176.
117. *J. Lange:* Fragestellungen der vergleichenden Psychiatrie, Entwicklungspsychiatrie, Z. f. Neurologie, 127, 1930, menţion. ibid.
118. *E. Ritterhaus:* Konstitution oder Rasse, München 1936, menţion. ibid.
119. *M. Sichel:* Die Geistesstörungen bei den Juden, Leipzig, 1909, menţ. ibid.
120. *N. Skliar, K. Starikowa:* Zur vergleichenden Psychiatrie, Archiv f. Psychiatrie, vol. 88, 1929, menţion. ibid.
121. *J. Lange:* Über manisch-depressives Irresein bei Juden, Münchener Mediz. Wochenschr. 68, 1921, menţion. ibid.
122. *A. Pilcz:* Uebr vergleichende rassenpsychiatrische Studien, Wiener Mediz Wochenschrift 77. 1927, menţion. ibid.
123. *Nussbaum:* Über die Geisteskrankheiten bei den Juden, teză, Würzburg, 1924, menţion. ibid.
124. *Brindeau, Lemeland:* La pratique de l'art des accouchements, vol. III, Paris 1927.
125. *G. Frommolt:* Rasseneinflüsse bei Frauenleiden und Geburtshilfe, în vol. „Rasse und Krankheit", 1937, p. 247 şi următ.
126. *W. Clausen:* Rasse und Augenkrankheiten, în vol. „Rasse und Krankheit" p. 309.
127. *J. N. Roy:* De la vision chez les noirs de l'Afrique, Annales d'oculistique 155, 513, 1918, menţion. de *W. Clausen,* loco cit.
128. *H. Barth:* Rasse und Hals-, Nasen-und Ohrenkrankheiten, în „Rasse und Krankheit" p. 330.
129. *Ostmann:* Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1893, menţionat de *H. Barth,* loco cit.
130. *Turner, Porter:* Journal of laryngology and otology, vol. 37, 1922, menţionat de *H. Barth,* loco cit.
131. *H. Auler:* Rasse und bösartige Gewächse, în „Rasse und Krankheit", p. 388 şi următ.
132. *F. Dubitscher:* Der Schwachsinn, Leipzig 1937, vol. I din Handbuch der Erbkrankheiten, pag. 27.
133. *H. Luxenburger:* Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der

Psychiatrie, Zentralblatt für Neurologie, No. 84, 1937, menţionat de *F. Dubitscher*, loco cit.

134. *G. B. Davenport:* The feebly inhibited, with special reference to heredity, Washington 1915, menţionat de *F. Dubitscher.* Der Schwachsinn, 1937.
135 *B. Schulz:* Methodik der medizinischen Erbforschung, Leipzig, 1936, menţionat de *F. Dubitscher*, p. 20.
136. *T. Heller:* Grundriss der Heilpädagogik, 3. Auflage, Leipzig 1925, menţionat de *F. Dubitscher.*
137. *H. Luxenburger:* Spezielle empirische Erbprognose in der Psychiatrie, în „Rassekurs in Egendorf", München 1935.
138. *C. Brugger:* Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen, Zeitschrift für Neurologie, No. 66/1930, menţionat de *F. Dubitscher.*
139. *A. Juda:* Über die Häufigkeit des Vorkommens der sogenannten physiologischen Dummheit in Familien von Schwachsinnigen und normalen Schülern, Allgemeine Zeitschrift für Psychologie Nr. 104, 1936, menţionat ibid.
140. *A. Juda:* Über Fruchtbarkeit und Belastung bei den Seitenverwandten von Schwachsinnigen und normalen Schülern, Zeitschrift für Neurologie, 1935, menţionat ibid.
141. *W. Knapp:* Statistisches und Empirisches über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bonn, 1934.
142. *F. Lenz:* Mendeln die Geisteskrankheiten? Bericht an der 12. Jahresversammlung der deutschen Gesellschaft für Vererbungswissenschaften, Leipzig 1937, menţionat în volumul „Die Schizophrenie" din Handbuch der Erbkrankheiten, 1940, p. 218
143. *H. Luxenburger:* Erbpathologie der Schizophrenie, în vol. „Die Schizophrenie" din Handbuch der Erbkrankheiten, 1940, p. 219.
144. *V. Ziehen:* Manifestationswahrscheinlichkeit und Erbgang der Schizophrenie, Archiv für Psychiatrie, No. 101, 1937, menţionat de *H. Luxenburger*, loco cit.
145. *E. Essen-Möller:* Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken, Acta psychiatrica, Supl. 8, 1935, menţionat de *H. Luxenburger* loc. cit. pag. 252.
146. *H. Hoffmann:* Studien über Vererbung und Neuentstehung geistiger Störungen, Monographien der Neurologie, No. 26/1921, menţionat de *H. Luxenburger*, loc. cit. pag. 262.
147. *W. Oppler:* Zum Problem der Erbprognosebestimmung, Über die Erkrankungsaussichten der direkten Nachkommen von Schizophrenen in Schlesien, Zeitschr. für Neurol. No. 141, 1932, menţionat de *H. Luxenburger*, loc. cit.
148. *F. J. Kallmann:* The genetics of schisophrenia, New-York, menţionat de *H. Luxenburger* loc. cit. pag. 265.
149. Rezultatele se bazează în parte pe lucrarea *A. Juda:* Zum Problem der empirischen Erbprognosebestimmung, Über die Erkrankungssaussichten der Enkel Schizophrener, Zeitschr. f. Neurologie, 113, 1928.
150. *H. Luxenburger:* Überlick über die erbprognostischen Befunde im schizophrenen Erbkreis, în „Handbuch der Erbkrankheiten", Bd. II. 1940, p 285.
151. *J. Lange:* Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, în Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. IV, 1942, p. 3.

Scanned with OKEN Scanner

152. *H. Luxenburger:* Zirkuläres Irresein, erbbiologischer Teil, în Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. IV, 1942, pag. 83.
153. *H. Luxenburger:* Ergebnisse der empirischen Erbprognoseforschung, loco cit. p. 94. — *Entres* und *Roll.* Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Manisch-Depressiven, Zeitschr. für Neurologie, Nr. 156/1936.
154. *B. Schulz:* Kinder manisch-depressiver und anderer affektivpsychotischer Eltern, Zeitschr. f. Neurologie, No. 169/1940, menţionat de *Luxenburger* loco cit. pag. 97.
155. *K. Pohlisch,* Die erbliche Fallsucht, în vol. III din Handbuch der Erbkrankheiten, Leipzig 1940, pag. 14.
156. *K. Conrad:* Die erbliche Fallsucht, erbbiologischer Teil, în Handbuch der Erbkrankheiten vol. III, 1940, p. 120.
157. *K. Conrad:* Erbanlage und Epilepsie, Ergebnisse einer Nachkommenschaftsuntersuchung an Epileptikern, Zeitsch. f. Neurologie, Nr. 159/1937.
158. *Boening und Konstantin:* Enzephalographische und erbbiologische Untersuchungen an genuinen Epileptikern, Archiv für Psychiatrie No. 100/1933, menţionat de *K. Conrad,* loco cit., pag. 143.
159. *K. Conrad:* Zeitschrift für psychische Hygiene, Nr. 10/1938, mention. ibid
160. *F. A. Kehrer:* Der Erbveitstanz, în vol. III din Handbuch der Erbkrankheiten, Leipzig 1940, p. 193.
161. *F. A. Kehrer:* Entwicklung und Verlauf des Erbveitstanzes, loco cit. pag 226.
162. *C. B. Davenport:* Huntington's Chorea in relation to heredity and eugenics, Eugenics Record Office, No. 17/1916, menţionat de *J. L. Entres.*
163. *J. L. Entres:* Zur Klinik und Vererbung der Huntington'schen Chorea, Monographien der Neurologie, 1921, menţionat în vol. 3 din Handbuch der Erbkrankheiten, 1940, p. 245.
164. *E. M. Hughes:* Social significance of Huntington's chorea, American Journal of Psychiatrie, No. 4, 1925, menţionat de *J. L. Entres,* în vol. III din Handbuch der Erbkrankheiten, 1940, pag. 245.
165. *T. Sjögren:* Vererbungsmedizinische Untersuchungen über Huntington'sche Chorea in einer schwedischen Bauernpopulation, Zeitschrift für menschliche Vererbungs-und Konstitutionslehre, No. 19, 1936, menţionat de *J. L. Entres,* loc. cit.
166. *J. L. Entres:* Der Veitstanz, Erbbiologischer Teil, în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. III, 1940, pag. 248.
167. *B. Fleischer:* Typische Spaltmissbildungen, Mykrophtalmus, Anophtalmus, Aniridie, etc. în Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. V, 1938.
168. *W. Löhlein:* Glaukom als Erbleiden, în Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. V. 1938, pag. 35.
169. *M. Bückler:* Erbliche Hornhauttrübungen, în Handbuch der Erbkrankheiten, Bd. V, 1938, pag. 74.
170. *M. Bückler:* Erbliche Linsentrübungen, loco cit. p. 112 şi următ.
171. *O. Marchesani:* Albinismus, în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. 5, 1938, pag. 148.
172. *O. Marchesani:* Die totale Farbenblindheit, loco cit. pag. 153 şi următ.
173. *P. Planta:* Die Häufigkeit der angeborenen Farbensinnstörungen. Graefes Archiv No. 120, 1928, menţionat de *O. Marchesani,* loco cit. pag. 167.
174. *W. Wegner:* Erbliche Optikuserkrankungen, în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. 5, 1938, pag. 221.

Scanned with OKEN Scanner

175. *W. Clausen:* Refraktionen des Auges, în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. V, 1938, pag. 239.
176. *H. Harms:* Schielen, ibidem, pag. 263.
177. *A. Czellitzer:* Wie verebt sich Schielen? Archiv für Rassenbiologie, No. 14 1922, menţionat de *H. Harms,* loc. cit.
178. *M. Schwarz:* Die erbliche Taubheit, în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. VI, 1940.
179. *Fähndrich:* Das pathologisch-anatomische Bild der rezessiven Taubstummheit, Teză, Tübingen 1935, menţionat de *M. Schwarz,* loc. cit. pag. 55.
180 *Albrecht:* Über die Vererbung der konstitutionell-sporadischen Taubstumheit, Archiv für Ohremkunde, 110/15, menţionat de *M. Schwarz,* loc. cit. pag. 65.
181. *M. Schwarz:* Die Otosklerose, loco cit. pag. 97.
182. *Körner:* Das Wesen der Otosklerose im Lichte der Vererbungslehre, Zeitschfrift für Ohrenheilkunde, 50/98, menţionat de *M. Schwarz,* loco cit. pag. 102.
183. *O. v. Verschuer:* Leitfaden der Rassenhygiene, Leipzig, 1941, pg. 131 şi urm.
184. *O. v. Verschuer:* Erbanlagen mit vorwiegender Wirkung auf den ganzen Körper, loco cit. pag. 131.
185. *G. Banu:* Hérédité multiple des malformations de la bouche, în volumul „XVII. Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique", Bucarest 1939, pag. 620.
186. *H. Eckhardt:* Körperliche Missbildungen, în Handbuch der Erbkrankheiten vol. VI, Leipzig. 1940, pag. 232.
187. Date menţionate de *G. Banu:* în „Facteurs ayant une action nocive sur la grossesse", L'Hygiène sociale de l'enfance, 1930, vol. I, pag. 79.
188. *L. Spillmann:* L'hérédosyphilis et ses rapports avec la mortalité infantile, Le Musée Social, Janvier 1932.
189. *E. Müller:* Die Syphilis, în Handbuch der Kinderheilkunde, IV. Aufl. 1931 vol. II.
190. *S. Drăgănescu-S. Axente:* Descendenţa în familiile metasifiliticilor, Revista de igienă socială, 1934, pag. 683.
191. *J. K. Mayr:* Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und ihre soziale Bedeutung, in „Die Haut-und Geschlechtskrankheiten de *Arzt-Zieler,* vol. V. 1935.
192. Annuaire sanitaire international, Genève, 1929.
193. *A. Voina:* Bolile venerice în populaţia rurală, Revista de igienă socială, Ianuarie-Iunie 1940.
194. *R. A. Vonderlehr-L. J. Husington:* Veneral diseases informations, vol. 19, 1938, recenzat în Der öffentliche Gesundheitsdient, 20 Mai 1939, pag. 104
195. *H. Gottschalk:* Die Syphilishäufigkeit im Deutschen Reich und U. S. A Deutsches Aerzteblatt, No. 1/1942, recenzat în Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5. III. 1942, B. 511.
196. *P. Râmneanţu:* Rezultatele unei cercetări asupra frecvenţei sifilisului în mediul rural, Buletinul eugenic şi biopolitic, Aprilie-Iunie 1940.
197. *J. Breger-E. Philipp:* Die Bekämpfung der weiblichen Gonorrhoe, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, No. 6/1932, recenzat în Revista de igienă socială, 1933, pag. 291.
198. *K. J. Bucura:* Der Tripper des Weibes, în „Die Haut-und Geschlechtskrankheiten" de *Arzt-Zieler,* vol. V, 1935, pag. 276.

Scanned with OKEN Scanner

199. *G. Sanarelli :* Rôle de l'hérédité dans la tuberculose, Revue de phtisiologie médico-sociale, Mai 1930.
200. *S. Peller :* Klinische Wochenschrift, Juli 1934, recenzat în Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, Juillet 1935, pag. 1936.
201. *Jullien :* Les parts respectives de la contagion et de l'hérédité dans le développement de la tuberculose humaine, Le Mouvement Sanitaire, Octobre 1935.
202. *A. Lumière :* Les parts respectives de la contagion et de l'hérédité dans le développement de la tuberculose humaine, Réponse à M. Jullien, Le Mouvement Sanitaire, Décembre 1935.
203. *R. Noack:* Konstitution, Tuberkulose und Bevölkerungspolitik, Der öffentliche Gesundheitsdienst 5. Mai 1935, pag. 49.
204. Rapport épidémiologique annuel, 1934, Société des Nations, Genève 1936.
205. *G. Banu :* Les facteurs influençant le germe, în Hygiène sociale de l'enfance vol. I, 1930, pag. 21.
206. *N. Minovici :* Distrugerea omenirii prin alcool, Anuarul Ateneului Român pentru 1936, pag. 216.
207. *O. Fr. v. Verschuer :* Leitfaden der Rassenhygiene, 1941, pag. 41.
208. *O. Fr. v. Verschuer :* Spezielle Erbpathologie, loco cit. pag. 194.
209. *A. Forel:* Alkohol und Keimzellen (blastophtorische Entartung), Münchener medizinische Wochenschrift No. 58/1911, menţionat de *F. Meggendorfer*, Der schwere Alkoholismus, în Handuch der Erbkrankheiten, vol. 3, 1940, pag. 382.
210. *R. Demme,* Über den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes, Stuttgart 1891, menţionat de *F. Meggendorfer*, loco cit. pag. 383.
211. *H. Drăgan :* Ravagiile alcoolismului în Banat şi începuturile de combatere a lui, Revista de Igienă Socială, 1931, pag. 385.
212 *W. Sullivan :* The children of the female drunkard, The medical temperance review, No. 3/1900, menţionat de *F. Meggendorfer*, loco cit. pag. 385.
213. *M. Boas :* Zur Frage der erbbiologischen Bedeutung des Alkohols, Monatsschrift für Psychiatrie, No. 72/1929, menţionat de *F. Meggendorfer*, loco cit
214. *R. Ch. Stockard :* Alcohol as a selective agent in the improvement of raciai stock, British medical journal, No. 11/1922, menţionat de *F. Meggendorfer*, loco cit., pag. 388.
215. *A. Bluhm :* Die Alkoholfrage in der Erbforschung, Berlin 1934, menţionat de *E. Gabriel,* Rauschgiftfrage und Rassenhygiene, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5-20 August 1938.
216. *F. Meggendorfer :* Erbbiologischer Teil, în „Der schwere Alkoholismus", în Handbuch der Erbkrankheiten, vol. III, 1940, pag. 389.
217. *G. P. Frets :* Alcohol and the other germpoisons, 1931, menţionat de *F. Meggendorfer,* loco cit.
218. *R. Ganter:* Über Erblichkeit bei der Epilepsie und den Schwachsinn, Archiv. für Psychiatrie, No. 81/1927 menţionat ibid.
219. *C. Brugger :* Untersuchungen an Kindern, Neffen, Nichten von chronischen Trinkern, Zeitschrift für Neurologie, No. 154/1936, menţionat ibid. pag. 395.
220. *C. Brugger,* Familienuntersuchungen bei chronischen Alkoholikern, Zeitschrift für Neurologie, Nr. 151/1934, menţionat ibid. pag. 407.
221. *Féré :* menţionat de *E. Gabriel,* loco cit.
222. *K. Pohlisch :* menţionat de *E. Gabriel,* loco cit.
223. *Lickind :* menţionat de *E. Gabriel,* loco cit.

Scanned with OKEN Scanner

224. *G. Banu*: Classification de la population rurale roumaine d'après sa capacité active, în „La politique médico-sociale dans la Roumanie rurale". Bucarest 1940.
225. *R. Sand:* Les classes sociales, în „L'économie humaine par la médecine sociale", 1934, pag. 34.
226. *G. Banu:* Le taudis, action sur la famille et sur l'état physique, psychique et moral de l'enfant, XII-e session de l'A. I. P. E., Juillet 1937.
227. *R. Sand:* Les facteurs professionnels, în „L'économie humaine par la médecine sociale", 1934, pag. 158.
228. *J. F. Abel et J. E. Bond:* Illiteracy in the several countries of the world, Washington, Bureau of education, 1929, Bull. No. 4, menționat de *R. Sand*, loco cit.
229. *A. Flatzeck-Hofbauer:* Zur Frage der Übersterblichkeit der unehelichen Kinder im Säuglingsalter, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, No. 15, 1931.
230. *R. Ungern-Sternberg:* Die Ursachen des Geburtenrückganges im europäischen Kulturkreise, Berlin 1932.
231. *L. Guillaume:* Le vagabondage international, Le Service Social, No. 7—12/1935.
232. *A. Kovacs*: Statistik der Binnenwanderungen, în volumul „Bevökerungsfragen", Berlin 1936, pag. 157.
233. *G. Banu:* Sănătatea poporului român, București, 1935, pag. 30.
234. *L. Hirsch:* Des principaux effets démographiques des guerres modernes Congrès international d'études sur la population, Rome, 1931.
235. *G. Banu*: Classes pour les enfants doués et surnormaux, în „L'hygiène sociale de l'enfance", vol. III, 1933.
236. *Spranger:* Über Ausscheidung wertvollen Erbgutes durch die hochwertigen Ledigen, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5. Dezember 1935, pag. 698.
237. *B. Sekla:* Differenzielle Fortpflanzung in der Tschekoslowakei, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5 Dezember 1935, pag. 701.
238. *Staemmler*, menționat de *W. Knapp*, loc. cit.
239. *R. Fetscher:* Die rassenhygienische Sterilisierung, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Heft 2-3/1933.
240. *L. Jens:* Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft? Archiv für soziale Hygiene und Demographie, 1913, pag. 218—232.
241. *M. T. Nisot:* Raisons nécessitant l'application de l'eugénique en Grande-Bretagne, loco cit. p. 45.
242. *J. Andreas:* Untersuchungen über eine asoziale Sippe, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5. Mai 1939.
243. *L. Flügge:* Der gesunde Durchschnitt und die Überwertigbelasteten, în „Bevölkerungsfragen", Berlin 1935, p. 569.
244. *K. V. Müller:* Soziale Schichtung und biologische Auslese, în volumul „Bevölkerungsfragen", Berlin 1935, p. 542.
245. *G. Banu:* L'hygiene de la race, Paris 1939, capitolul „Principes et méthodes de normalisation de la race".
246. *G. Banu:* Certificatul medical prenupțial, Revista de Igienă Socială, Mai 1936.
247. *G. Banu:* Le certificat médical prénuptial, în „L'Hygiène de la Race", Paris 1939, pag. 275.
248. *G. Schreiber*, L'examen médical prénuptial, L'Hygiene Sociale, 10.X.1935.

Scanned with OKEN Scanner

249. *F. Redeker:* Die Bedeutung der Tuberkulose für die Eheeignung und Ehetauglichkeit, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.X.1938 — *F. Ickert,* Über konstitutionelle und erbbiologische Faktoren bei der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Eheberatung, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 94.1940: 383, recenzat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst 5.VI.1940, p. 150.

250. *L. Spillmann:* L'évolution de la lutte contre la syphilis, Paris 1933.

251. *C. Eckert:* Wird man einen Malariabehandelten Paralytiker das Ehetauglichkeitszeugnis erteilen können? Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes LI. Bd., H. 2, 1938, menţionat în Der Offentliche Gesundheitsdienst, 20.X.1939, pag. 580. — *J. Lange,* Die Feststellung und Wertung geistiger störungen im Ehegesundheitsgesetz, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5.X.1938, p. 520.

252. U. S. A. Esami medici prenuziali, Difesa Sociale, No. 8, 1939, p. 829.

253. *B. Steinwallner:* Esthnische Erbgesundheitspflege, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5 VIII.1937. — *F. Umber u. H. Lemser,* Der Diabetes im Hinblick auf Eheberatung und Erblichkeit, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.III.1938, pag. 932. — Mitwirkung der Gesundheitsämter bei Heiratsgenehmigungen der Hitlerjugndführer, Runderlass des Reichsministers des Innern vom 18. Ianuar 1939, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 20. Mai 1939, p. 153.

254. *Renato Semizi:* Eugenia e politica demografica, în „Trattato di Medicina Sociale" de *Coruzzi-Travagli,* Milano 1938, pag. 244—246, vol. I.

255. *René Sand:* L'économie humaine par la médecine sociale, 1934, Les facteurs héréditaires, pag. 154.

256. *Marie C. Stopes,* Über die lebenswichtige soziale Bedeutung des neuen Begriffs der „Geroception", Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII. 1935, pag. 689.

257. *A. Roubakine:* La médecine soviétique, Le Mouvement Sanitaire, Juin 1938, pag. 295.

258. Die Einführung der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen in England, The Eugenics Review XXX, 2, menţionat în Archiv für Bevölkerungswiss. No. 5.1938, pp. 366—367. — *Strupper,* Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken und physisch Abnormen, Archiv für Psychiatrie, 107,240 (1937), recenzat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst, No. 22, 1938, p. 906.

259. *E. Baur:* Die Wirkung von Inzucht, în *Baur, Fischer, Lenz,* op. cit. — *M. Fischer,* Bluterkrankheit und Werwandtenehen, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 20.IX.1935.

260. *Davenport:* Heredity in relation of eugenics, p. 259, New York, 1915, menţionat de *Nisot,* loco cit.

261. *Beck:* Die offene Wirtschaftsfürsorge für Asoziale, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, XI.1937. — *Kayser,* Wohnungsfürsorge für Asoziale, ibidem.

262. *Steigertahl:* Anstaltsfürsorge für Asoziale, ibidem.

263. *Erich Lexer,* Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung des Mannes und zur Entmannung, în „Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" de *Gütt-Rüdin-Ruttke,* 1934, p. 219. — *Gutter,* Über die Sterilisation des Mannes,

Medizinische Klinik, 1938, 2, recenzat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst, Nr. 4.1938, p. 142.

264. *A. Doederlein:* Die Eingriffe zur Unfruchtbarmachung der Frau, în *Gütt-Rüdin-Ruttke*, loco cit.

265. *H. Knaus:* Zur Funktion des Hodens nach der Vasektomie, Klin. Wochenschrift, No. 4.1937, recenzat în Der öffentliche Gesundheitsdients III, H. 8, 1937.

266. *R. Fetscher:* Die rassenhygienische Sterilisierung, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 2-3, 1933.

267. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.VII.1933, Reichsgesetzblatt Nr. 86.I, p. 529.

268. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5.XII.1933, Reichsgesetzblatt. I, pag. 1021. I. Verordnung, 29.V.1934.

269. *Matzner:* Das Verfahren vor den Erbgesunheitsgerichten, Der öff. Gesundheitsdienst, 20 Iuli 1935.

270. *W. Skalweit:* Die Tätigkeit des Amtarztes bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5. September 1935.

271. Kosten der Unfruchtbarmachung, Runderlass des Reichs- u. Preussischen Ministers des Innern vom 1.X.1937, Der Öffentliche Gesundheitsdienst 5.XII.1935.

272. *Gütt, Rüdin, Ruttke,* Auszug aus dem Gesetz gegen gefährlichen Gewohnheitsverbrecher und über Massregeln der Sicherung und Besserung vom 24.XI.1933, Reichsgesetzblatt, I. S. 995, reprodus loco cit. p. 191.

273. *Ch. Wolf:* Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes. Ed. B. Schwalbe, Basel, 1934. — *Rodenwald,* Entmannung und Entmannungsuntersuchungen, Monatsschrift für Kriminalpsychologie, 23, H. I. 1937, recenzat în Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20.VII.1937, pag. 395.

274. *F. Ruttke:* Das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und die skandinavische Sterilisierungsgesetze, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935. — *Kopp:* Die Sterilisierungsgesetzgebung in Dänemark Der Öffentliche Gesundheitsdienst, an. I, No. 11/935 B.

275. *B. Steinwallner:* Neue Zahlen aus der nordamerikanischen Erbgesundheitspraxis, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5 Okt. 1937.

276. Erbpflege in Japan, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 20.IX.1937.

277. Freiwillige Sterilisierung bei Erbkranken in England, Der Offentliche Gesundheitsdienst, 5.VIII.1937.

278. *O. v. Verschuer:* Aufgaben und Ziele des Forschungsinstitutes für Erbbiologie und Rassenhygiene, Frankfurt a. M., Der Öffentliche Gesundheitsdienst 5.VIII.1935. — *Ed. Schütt:* Die Bedeutung der wissenschaftlichen Erb- und Rassenforschung für die praktische Gesundheitspflege. Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5. Okt. 1938. — *M. Barbara-G. Vidoni:* L'Istituto biotipologico-ortogenetico di Genova, Genova 1933.

279. *Karl Astel:* Züchterische Familienkunde, în „Rassekurs in Egendorf", 1935.— *Burchart:* Über die Mitarbeit der Gesundheitspflegerin in der erbbiologischen Bestandsaufnahme, Der Öffentliche Gesundheitsdienst 1939, pag. 289. — *Geissler:* Zeitmasstäbliche Darstellung von Sippentafeln,

Scanned with OKEN Scanner

Der Öffentliche Gesundheitsdienst, an IV, No. 17/1938. — *Haag:* Der Beitrag der Einzelforschung zur sippenmässigen Bestandsaufnahme des deutschen Volkes, Archiv für Bevölkerungswissenschaft an. VIII, No. 5/1938, pag. 355. — *Krüger:* Zur Harmonie und Mathematik der Ahnentafel Der Öffentliche Gesundheitsdienst, an. IV, 1938, p. 68 B. — *M. Staemmler:* Die erbbiologische Bestandsaufnahme, Zeitschrift für psychische Hygiene No. 3. recenzat în Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, November 1937, pag. 444.

280. *Ilvento:* Eredità ed igiene, 1927, menţionat de *Renato Semizzi* în „Eugenica e politica demografica", Trattato di Medicina Sociale, vol. I, de *Coruzzi-Travagli*, Milano 1938, p. 261.
281. *F. Burgdörfer:* Siedlungs- und Wohnungspolitik, în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer*, Erbkunde, Rassenpflege, Bevölkerungspolitik, 1936, p. 318.
282. *B. K. Schultz:* Rassenhygienische Gesichtspunkte bei der Neubildung deutschen Bauerntums, în „Bevölkerungsfragen", Berlin, 1936, pag. 822. — *Johannes Schottky*, Zur Frage: Bauernfähigkeit und Erbgesundheit, Recht des Reichnährstandes 18/1937, recenzat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 1938, pag. 984.
283. Reichsgesetzblatt: I.1933 p. 517.
284. Reichsgesetzblatt: I. 1919 p. 517.
285 *J. Fischer Dieskau:* Einführung in die Wohnungs - u. Siedlungspolitik, Edit Göschen, Berlin, 1938.
286. Die Bauernsiedlung im Jahre 1938, Wirtsch. und Statistik, 1939, 10, recenzat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst, an. V, No. 10/1939, pag. 273 B. — *Fr. Burgdörfer*, Aufbau und Bewegung der Bevölkerung, în volumul „Bevölkerungsfragen", Berlin 1936, pag. 179.
287. *Manlio Tappi:* La popolazione rurale italiana e i „rappresentanti" dalla Confederazione fascista dei lavoratori dell'Agricultura, în „Bevölkerungsfragen", 1936, pag. 809.
288. *H. Rechenbach:* Die Bevölkerungspolitische Bedeutung und Aufgabe des Bauerntums im Deutschen Staat, „Bevölkerungsfragen", 1936, pag. 814.
289. *Richard Korherr:* Das deutsche Siedlungswerk als bevölkerungspolitische Aufgabe, Bevölkerungsfragen, 1936, p. 827.
290. *Bellinger:* Die Neugestaltung der Kleinsiedlung, Erbswalde, 1936, menţionat de *J. Fischer-Dieskau*, p. 123.
291. *Guglielmo Pajano:* Aspetti di alcuni problemi della popolazione, „Bevölkerungsfragen", 1936, p. 798.
292. *C. A. Piggini:* Principi e realizzazioni italiane in rapporto ai problemi demogafici della popolazione italiana, „Bevölkerungsfragen", Berlin, 1936, pag. 802.
293. *Wex:* Die Bedeutung der Familienfürsorge für die Erb - und Rassenpflege, Der Öffentliche Gessundheitsdienst, an. V, H. 11, 5 Nov. 1939 p. 441. — *Zimdars:* Familienfürsorge als Aufgabe des Gesundheitsamtes, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, H. 11, an. V., I. XI. 1939, p. 431. — *Livio Livi.* Les bases biologiques de la politique démographique, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. VII, pag. 139.
294. *W. Stüwe:* Die kinderreiche Familie und ihre Bedeutung für die bevölkerungspolitische Entwicklung, „Bevölkerungsfragen", 1936, vol. 320.
295. *Fr. Burgdörfer*, Bevölkerungspolitik în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer*, op. cit. p. 312.

Scanned with OKEN Scanner

296. Ehestandsdarlehen und Kinderbeihilfen, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, Juni-Juli 1937. — *L. Reimer*: Familia în Germania nouă (traducere rom.), Berlin, 1941.
297. *Janke-Blume*: Ehestandsdarlehen, Berlin, 1938.
298. Legea pentru micşorarea şomajului, 1.VI.1933, Reichsgesundheitsblatt, I., p. 323. — Circulară explicativă 28.VIII.1933, Reichsgesundhbl. I, p. 404. — Legile modificatoare din 24.I.1935, ibidem I. 47 u. 3.XI.1937, I, p. 1158.
299. *Fr. Burgdörfer*: Förderung der Familiengründung durch Ehestandsdarlehen, în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer*, op. cit.
300. *M. Pugliese*: L'enfant dans ses rapports avec la politique financière, les impôts et l'assurance sociale, XIII. Congrès. Assoc. Int. Prot. Enfance Frankfurt a. M., Juni 1938.
301. Reichsgesetzblatt, I.1933, p. 685.
302. *W. Siebert*: Das Recht der Familie, Berlin 1939, p. 31.
303. Die Erbhöfe im Deutschen Reich, Wirtschaft und Statistik, No. 5/1939, menţionat în Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 20.VIII.1940.
304. *G. Banu*: L'hygiène sociale de l'enfance, Bruxelles, 1933, vol. I., p. 182
305. *G. Bonvoisin*: Influence démographique des caisses de compensation et de leurs services sociaux, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. II.
306. *P. Lereboullet*: La caisse de compensation de la région parisienne et la familie ouvrière, Paris Médical, 4.XI.1933. — *Ecard*: Les allocations familiales agricoles en France, Le Musée Social, Déc. 1938, p. 318.
307. *K. Saller*: Massnahmen quantitativer Eugenik, în Einführung in die menschliche Erblichkeitslehre und Eugenik, 1932, p. 278.
308. *Fr. Burgdörfer*: Die Schaffung einer Reichsfamilienkasse, în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer*, op. cit. p. 309.
309. *Jahann Seifert*: Fünf Jahre zentrale Ausgleichskasse der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Deutsches Aerzteblatt, Nr. 17/1939, p. 312.
310. *Jahannes Schottky*: Möglichkeiten eines Familienlastenausgleichs im Bauerntum, Archiv für Bevölkerungswissenschaft, No. 2/1936.
311. *H. Müller*: Steuer und Bevölkerungspolitik, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935, p. 668.
312. *Fr. Burgdörfer*: Steuerreform unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten, în *Kühn, Staemmler, Burgdörfer*, op. cit., pag. 301, şi în „Deutsches Recht" No. 9/1935.
313. *M. Hoffmann*: L'enfant considéré par rapport aux finances publiques, l'impôt et les assurances sociales, Comunicare făcută la Congresul XIII al Asociaţiei internaţionale pentru protecţia copilăriei, Frankfurt a. M., Iunie 1938.
314. *Masson*, idem, ibidem.
315. L'imposta sui celibi în Italia, R. D. L. 19. XII. 1926, No. 2132; R. D. 13.II.1927, No. 124. — *Ignazio Domino*: L'imposta sui celibi, Sondrio 1927.
316. *Fernand Boverat*: Der Ausgleich der Familienlasten, în vol. „Bevölkerungsfragen', Berlin, 1935, p. 757.
317. *G. Banu*: L'enfant considéré par rapport aux finances publiques, l'impôt et les assurances sociales, La situation en Roumanie, Congr. XIII, A. I. P. E., Frankfurt a. M., Iunie 1938.
318. *Fr. Burgdörfer*: Bevölkerungspolitische Besoldungsreform, în „Aufbau und Bewegung der Bevölkerung", 1935, p. 207.

Scanned with OKEN Scanner

319. *S. Lüdersdorf:* Vorschlag zu einer bevölkerungspolitischen richtigen Beamtenbesoldung, Archiv für Bevölkerungswissenschaft, No. 5/1936, p. 346.
320. citat de *Burgdörfer,* Sonstige bevölkerungspolitische Massnahmen, loc. cit. p. 208.
321. Mme *Masson,* loc. cit.
322. Décret relatif à la famille et à la natalité françaises, Journal officiel 30. VII. 1939, pp. 9607—9626.
323. *Mario de Vergottini:* Die Bevölkerungspolitik des Faschismus und ihre Grundlagen, Archiv für Bevölkerungswissenschaft, Nr. 5/1938.
324, 325. *Renato Semizzi,* op. cit., p. 211 şi urm.
326. G. *Banu:* Igiena socială a tuberculozei în România, profilaxia medico-socială, p. 221, Bucureşti 1933.
327. *Madeleine Abraham Frank:* La crèche de prophylaxie antituberculeuse, thèse, Paris 1929.
328. G. *Simon:* Geschlossene und halbgeschlossene Anstalten für tuberkulöse Kinder, Handbuch der sozialen Hygiene, 1927, Bd. 3, S. 343.
329. *Levaditi:* L'Institut Alfred Fournier, un appel, La prophylaxie antivénérienne, sept. 1935.
330. *Elena Fambri:* L'alcoolismo, în „Trattato di Medicina Sociale", de *Coruzzi-Travagli,* vol I., Milano 1938.
331. G. *Schmölders:* Prohibition und Volksgesundheit in U. S. A., Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 4, 1930. — *L. J. Dublin:* Has prohibition improved the public health? American Journal of public health, No. 1/1928.
332. G. *Vermeylen:* Psychiatrie et médecine, Journal belge de neurologie et de psychiatrie, 3.III.1934.
333. *A Stocker:* Igiena minţii, Revista de igienă socială, Martie 1935.
334. H. *Damay:* Psychiatrie et civilisation, recenzat în Le Mouvement sanitaire No 128, Déc. 1934.
335. Statut de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale à Bruxelles, 1931.
336. G. *Vermeylen:* Conférence à l'assemblée de l'Office de réadaptation sociale sur „Le reclassement des malades mentaux", 8.IV.1939, în broşura „Office de réadaptation sociale", Bruxelles.
337. G. *Tropeanu:* Il problema dei minorenni anormali, în Trattato di Medicina Sociale, Milano, 1938, vol. II, p. 161.
338. H. *Zulliger:* L'hygiène mentale à l'école, în Gesundheit und Wohlfahrt, Febr. 1938, recenzat în Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, Janvier 1939, p. 148.
339. H. *Vermeylen:* Rapport sur la question des anormaux, Rome 1926.
340. S. *Fabri:* L'organisation des centres d'observation pour la prophylaxie de la criminalité des mineurs, Rome 1937.
341. *A. Rochaix:* Prophylaxie mentale, în Précis d'hygiène, Paris 1940, p. 926.
342. *René Sand:* Organisation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Angleterre et aux Etats Unis, 1929, p. 447.
343. *Garbe:* Der Rassengedanke im Schulunterricht, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, November 1937, p. 444.
344. *Kretschmer:* Wissenschaftliche und praktische Ziele der Konstitutionsforschung, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 6. 1933—1934.
345. Arrêté Royal 12.IX.1938, Inspection médicale, modification à l'arrêté royal

Scanned with OKEN Scanner

du 25.III.1921, Carnet sanitaire, Bulletin dela Santé Publique, Nov. 1938, Bruxelles, p. 353.

346. Commission du Carnet sanitaire, Bulletin de la Santé Publique, Bruxelles, an. III, No. 10, Oct. 1938, p. 574.

347. Service du carnet sanitaire, Bulletin de la Santé Publique, Bruxelles. Décembre 1939, p. 866.

348. Arrêté ministériel du 2 Mai 1939 concernant le Carnet de santé, Journal officiel, 2.VI.1939, în Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, Janvier 1939, p. 1003.

349. *A. Eydt:* Der Rasse- und Gesundheitspass als Nachweis erblicher Gesundheit und rassischer Vollwertigkeit, Leipzig, 1933.

350. *N. Pende:* Libretto personale biotipologico del cittadino dalla nascita all'età adulta, Genova 1938.

351. Circulara din 31.VIII.1938 a Ministerului Internelor, Direcțiunea Sănătății Publice, privind vizitele medicale prevăzute la art. 262 text unic, Legea sanitară italiană, Bollettino ufficiale No. 27/28 din 21 Sept.—1 Oct. 1938, recenzat în Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, Juin 1939, p. 1003.

352. Examens périodiques obligatoires en Turquie, Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, Sept. 1938, p. 1956.

353. *Karl Astel:* Einleitung zur Anfertigung der Sippenschaftstafel; Züchterische Familienkunde, în „Rasekurs in Egendorf", 1935. — *Schulz:* Über die Bedeutung der empirischen Erbvorhersageforschung, Deutsches Aerzteblatt, No. 17/1939.

354. *R. Fetscher:* Zweck und Aufbau erbbiologischer Karteien, Die Medizinische Welt, Berlin 1933.

355. *Burchardt:* Über die Mitarbeit der Gesundheitspflegerin in der erbbiologischen Bestandsaufnahme, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, No. 11/1939.

Scanned with OKEN Scanner

DEMOGRAFIA

Scanned with OKEN Scanner

DEMOGRAFIA

I. IMPORTANȚA ȘI OBIECTIVELE ȘTIINȚEI POPULAȚIEI

A. *Demografia, știința proceselor de populație:* 1. Considerații introductive; 2. Omul considerat din punct de vedere static; 3. Omul considerat din punct de vedere dinamic; 4. Prioritatea principiului colectiv în demografie. — B. *Sfera de acțiune a demografiei:* 1. Studiul populației actuale: 2. Populația considerată în spațiu; 3. Populația considerată în timp. — C. *Demografia la baza economiei politice:* 1. Importanța „capitalului viu"; 2. Structura demografică, creatoare de capital viu. — D. *Demografia și politica socială.* — E. *Evoluția istorică a demografiei.* — F. *Tendințe actuale în demografie.*

II. METODE FOLOSITE ÎN INVESTIGAȚIILE DEMOGRAFICE

A. *Metoda recensământului.* — B. *Metoda monografică.* — C. *Metoda investigației continui.* — D. *Metoda anchetei restrânse: chestionarul.* — E. *Utilizarea datelor:* 1. Date și proporții utilizate în mod obișnuit în demografie; 2. Reprezentări grafice; 3. Interpretarea biologică a datelor demografice.

III. STATISTICA VITALĂ

A. *Fenomenele demografice:* 1. Densitatea specifică; 2. Nupțialitatea; 3. Divorțurile; 4. Natalitatea; 5. Fertilitatea; 6. Mortalitatea; 7. Mortalitatea infantilă; 8. Excedentul natural; 9. Indicele vital; 10. Populația după neamuri; 11. Populația după profesiuni; 12. Populația după gradul de instrucție și cultură; 13. Durata medie a vieții; 14. Situația demografică comparativă a diverselor țări. — B. *Dinamica populației:* 1. Examenul și clasificarea populațiilor după structura pe grupe de vârstă: a. Analiza grupelor de vârstă; b. Clasificarea țărilor după raportul grupelor de vârstă; c. Evoluția structurii populației statelor. — 2. Tendințele evolutive ale populației diverselor state: a. Țări cu evoluție ascendentă; b. Țări staționare; c. Țări cu evoluție descendentă; d. Evoluția mortalității pe grupe de vârstă; e. Tendința evolutivă a duratei medii a vieții. — 3. Îmbătrânirea popoarelor și previziun asupra evoluției: a. Ciclul și îmbătrânirea popoarelor; b. Previziuni asupra

evoluţiei numerice a popoarelor. — C. *Statistica vitală a populaţiei României:* 1. Densitatea populaţiei; 2. Evoluţia numerică a populaţiei României; 3. Starea civilă; 4. Natalitatea şi fertilitatea; 5. Mortalitatea; 6. Mortalitatea infantilă; 7. Cauzele de deces; 8. Excedentul natural; 9. Indicele vital; 10. Populaţia României pe grupe de vârstă; 11. Evoluţia structurii demografice a României; 12. Populaţia pe neamuri şi religii; 13. Media de viaţă.

VI. SITUAŢIA CALITATIVĂ A POPULAŢIEI

A. *Influenţa morbidităţii asupra valorii calitative a populaţiei.* — B. *Ereditatea patologică şi consecinţele ei demografice.* — C. *Necesitatea normalizării calitative a massei mijlocii a populaţiei.*

V. INFLUENŢA DIVERŞILOR FACTORI ASUPRA EVOLUŢIEI POPULAŢIEI

A. *Formaţiunea şi rolul claselor sociale*: 1. Formaţiunea prin diferenţieri constituţionale; 2. Formaţiunea claselor sociale ca expresie a mediului; 3. Rolul claselor sociale în demografie. — B. *Influenţa factorilor de mediu*: 1. Condiţiuni economice: a. Populaţie activă şi neactivă; b. Influenţa factorului economic asupra mortalităţii infantile; c. Factorul economic şi natalitatea; d. Inrîuriri ale demografiei asupra factorilor economici. — 2. Condiţiunle de locuinţă; 3. Factori profesionali; 4. Factori culturali; 5. Factori sanitari; 6. Factori morali; 7. Industrializarea şi urbanizarea; 8. Mediul familial; 9. Fenomenul denatalităţii: a. Generalitatea fenomenului; b. Cauze; c. Argumente pentru şi contra denatalităţii; d. Privire sintetică. — 10. Migraţiunile: a. Migraţiuni exterioare şi exodul; b. Migraţiuni interioare. — 11. Factorii mediuiui fizic; 12. Factori cu caracter de calamitate. — C. *Rezultatele biologice ale acţiunii mediului, în demografie:* 1. Acţiunea mediului asupra natalităţii, validităţii şi longevităţii: a. Natalitatea socială; b. Validitatea socială; c. Longevitatea în funcţie de mediu. — 2. Acţiunea mediului asupra mortalităţii generale; 3. Acţiunea mediului asupra mortalităţii pe grupe de vârstă; 4. Acţiunea mediului asupra morbidităţii.

VI. POLITICA POPULAŢIEI

A. *Justificarea politicii demografice.* — B. *Politica demofilă:* 1. Evoluţia cantitativă a populaţiei; 2. Principii de politică demofilă; 3. Măsuri practice pentru creşterea populaţiei. — C. *Politica eugenică (igiena rasei).*

BIBLIOGRAFIE.

I. IMPORTANŢA ŞI OBIECTIVELE ŞTIINŢEI POPULAŢIEI

A. Demografia, ştiinţa proceselor de populaţie

1. *Consideraţiuni introductive*

Ştiinţa demografiei urmăreşte succesiunea complexă a fenomenelor cari determină evoluţia numerică şi calitativă a populaţiilor de pe glob, atât în trecut cât şi în stadiul actual; ea înregistrează situaţia unei colectivităţi la un moment dat: statica populaţiei, precum şi variaţiunile pe cari le încearcă grupele omeneşti în timp: dinamice

populaţiei. Cunoaşterea acestor fenomene permite interpretări şi previzeri de probabilitate asupra evoluţiei viitoare a populaţiilor.

Obiectul permanent al ştiinţei demografiei este omul, expresiune a factorilor endogeni (ereditari şi constituţionali) şi a factorilor exogeni sau eutenici, adică de ambianţă socială, economică şi culturală.

Studiul demografiei sau ştiinţa populaţiei nu face funcţie numai de înregistrare matematică, ci organizează şi mijloacele potrivite pentru promovarea cantitativă a populaţiei. Acest obiectiv o *încadrează în ştiinţa medicinei sociale şi a igienei sociale* (1).

Aportul demografiei în ştiinţa medicinei sociale este de cea mai mare importanţă. La baza oricărui proect de organizare medico-socială trebue să se găsească documentarea demografică. In probleme limitate ca şi în probleme de interes naţional, ea dă valoroase îndrumări Să luăm exemplul mortalităţii sugarilor: scăderea impresionantă a acestei mortalităţi, în ultimii ani, este în bună parte datorită documentării aduse de statistica demografică, care, arătând proporţiile răului, a stimulat acţiunea de combatere a lui (2).

Apoi, dacă vrem să cunoaştem valoarea biologică şi capacitatea de producţie economică a unei colectivităţi mari, a naţiunii de ex., va trebui cercetată structura populaţiei pe grupe de vârstă. Vom cunoaşte astfel cifra populaţiei active şi sănătoase, capabilă de producţie. Când, de pildă, la un popor domină numeric grupele de vârstă înaintată, e dela sine înţeles că producţiunea economică va fi scăzută, pe colectivitate, pe lângă că morbiditatea mai mare va impune şi cheltueli publice mai ridicate. Cunoaşterea structurii pe grupe de vârstă a unei populaţii devine deci necesară pentru a iniţia şi îndruma o anumită politică de igienă şi sănătate publică.

Aceste exemplificări fac suficient dovada integrării demografiei în medicina socială şi a importantului aport ce-l aduce la studiul problemelor medico-sociale.

2. *Omul considerat din punct de vedere static*

Un prim punct de vedere din care se pot face investigaţiile demografice, este, precum am văzut, acel al stării de fapt al unei populaţii la un moment determinat al evoluţiei sale. Aceste constatări de ordin pur *static* reprezintă un adevărat diagnostic (2) al biologiei poporului. Numai în urma unui asemenea examen, din care rezultă structura populaţiei, se poate institui o politică demografică raţională.

Recensământul este un exemplu în această privinţă. Făcut în-

tr'o anumită zi, pe țară sau pe o regiune mai restrânsă, el redă structura populației; întruchipează bilanțul ei statistic la un moment dat, compoziția pe grupe de vârstă, nupțialitatea, fertilitatea, etc., și morbiditatea pe categorii de boli. Recensământul delimitează uneori și proporția bolnavilor și a non-valorilor sociale față de majoritatea populației valide, indicând astfel politica de reparațiune biologică necesară.

3. *Omul considerat din punct de vedere dinamic*

Indicațiuni mai complecte pentru dirijarea demografică se obțin dacă se consideră populația sub înfățișarea *dinamică.* Cercetarea evoluției populației în timp, urmărind variațiunile încercate de fenomenele demografice și rolul diferitelor influențe asupra generațiilor succesive, ne permite interpretări utile. Studiul mișcării populației se bazează pe incursiunea în trecutul generațiilor și pe previziunile pentru viitor. Această cercetare consideră colectivitatea în adâncime, vertical, prin opoziție cu demografia statică, ce privește populația în întregul ei, în suprafață, orizontal, ignorând conexiunile în trecut și evoluția în viitor.

Prima metodă este singura care permite să urmărim evoluția biologică a colectivităților, spre ascensiune sau spre declin. Structura biologică și efectele fenomenelor de mediu asupra biologiei populației, în timp, au fost indicațiuni precursoare în afirmarea vitalității unor popoare, sau, dimpotrivă, în dispariția altora.

Cercetarea dinamicei populației și politica demografică trebue să țină seama de factorii cari pot influența populația calitativ și cantitativ: migrațiuni interioare și exterioare, alimentație, crize economice, războae, boli sociale, etc. Cercetarea dinamică se poate face pe o mare epocă din trecutul națiunii sau pe o singură generație; deasemenea dinamica demografică se poate cerceta în funcție de influența unor factori determinați sau de totalul elementelor ambianței Oricum ar fi, astfel privită demografia, nu mai este vorba de o simplă metodă, ci de o adevărată cugetare demografică, de mare aport în serviciul medicinei sociale.

4. *Prioritatea colectivității*

Judecarea fenomenelor sociale cu ajutorul demografiei nu capătă valoare decât prin urmărirea evoluției și prin comparația marilor colectivități umane. Concluziuni nu se pot deduce decât în aceste condițiuni și norme programatice nu se pot elabora decât dând priori-

Scanned with OKEN Scanner

tate colectivităţii în drepturile sale de redresare şi subordonând individul interesului comun.

Această concepţiune îşi găseşte un particular răsunet azi, în deosebi în unele state, unde programele de normalizare a rasei dau o altă interpretare libertăţii individuale. Metodele statelor care aplică o politică de demografie calitativă severă merg până a atinge integritatea fiziologică a indivizilor (exemplul sterilizării eugenice).

Numeroase obiecţiuni s'au ridicat împotriva unei astfel de politici demografice, dar toate au fost respinse prin contra-argumente valabile.

Astfel, obiecţiunea că Statul nu are dreptul de a interveni în viaţa privată a individului, cade, din moment ce intervenţionismul de Stat se manifestă în mod curent în atâtea domenii (economic, fiscal, poliţie sanitară, etc.). Viaţa individului nu are sens decât încorporată fiind în viaţa colectivităţii şi dreptul Statului de a interveni în dirijarea politicii demografice, prin măsuri corespunzătoare, este logic (3).

A fost respins şi argumentul invocat de unii cugetători umanitarişti, cari văd în individ o finalitate proprie, dominând asupra colectivului: „L'individu humain est une personne; il a sa fin propre, supé„rieure à celle de la famille, de la cité, de la race" (4). La aceasta se răspunde: umanitarismul nu se poate manifesta prin menajarea elementelor tarate; umanitarism facem atunci când ne preocupăm de indivizii sănătoşi, valizi, pe cari — prin eliminarea disgenicilor — îi punem în condiţii mai bune de viaţă; uşurarea bugetului public prin dispariţia cheltuelilor cu întreţinerea degeneraţilor va aduce ridicarea nivelului de viaţă al populaţiei normale.

B. Sfera de acţiune a demografiei

Demografia este ştiinţa care studiază populaţia în prezent şi în trecut, precum şi influenţele exterioare cari se exercită asupra populaţiei. Vor fi deci luate în considerare: situaţia prezentă, statica populaţiei; evoluţia sa din trecut până azi, deci în funcţie de timp; în fine contingenţele acestei populaţii cu factori de ambianţă sau de spaţiu.

Vom examina populaţia actuală din punct de vedere cantitativ şi calitativ, apoi populaţia „în spaţiu", cu influenţele mediului, în fine „în timp", în succesiunea generaţiilor cu evoluţia lor biologică (5)

1. *Studiul populației actuale*

In examinarea populației actuale, vom avea a întocmi ceeace s'a numit *status-ul cantitativ*, pornind dela elementul primordial, care este individul. Vom urmări progresiv încadrarea lui în „piramida" populației. Vom stabili durata medie a vieții, pe colectivitate, proporția numerică a grupelor de vârstă, mortalitatea lor, distribuția după sex, apoi proporția de legitimitate și nelegitimitate a căsătoriilor, celibatul. Vom trece în urmă la studiul apartenenței rasiale a grupelor de indivizi, al apartenenței linguistice, a gradului de omogenizare la care au ajuns grupele diferențiate originar, dar astăzi reunite în cadrul *etniei* sau al națiunii. In continuare, se va studia compoziția confesională a grupului, distribuția pe regiuni și după clase sociale a confesiunilor.

Studiul static cantitativ se va complecta cu aspectele de structură socială : compoziția profesională, pe regiuni, pe familii, apoi numărul celor cu dublă profesiune. Se va stabili în fine structura culturală: distribuția gradelor de cultură în interiorul păturilor sociale, corelația între factorul cultură și starea economică, cultura extra-profesională, elementele cari stimulează cultura, etc.

Se poate urmări și totalitatea vieții sociale, inclusiv aspectele politice. Acestea vor fi puse în legătură cu factorii profesionali și religioși, acolo unde este cazul (5).

Dacă trecem la criteriul demografic *calitativ*, avem a considera familia, care cu drept cuvânt a fost denumită „celula biologică a corpului național".

Se va cerceta care este vârsta medie la care bărbatul întemeiază o familie ; care este vârsta medie a căsătoriei femeii ; criteriile cari au predominat mai mult în alegerea soțului (economice sau biologice); motivele divorțurilor; motivele celibatului; cauzele denatalității : sterilitatea secundară de cauză fiziologică și fizică, denatalitatea voluntară din motive eugenice, economice sau egoiste ; consecințele biologice ale procreației tardive; criteriile de adopțiune a copiilor ; diferențele biologice între copiii legitimi și cei nelegitimi.

Cercetarea demografică începe însă a căpăta o mare importanță calitativă atunci când se trece la studiul grupelor de rudenii denumite „spițe" și când se întocmesc arborii genealogici. Urmează a se stabili durata medie a vieții în familie și spiță, pe mediu (sat-oraș), pe clase sociale și culturale, pe confesiuni, într'un cuvânt se va urmări soarta

familiei, a spiței și arborele genealogic, dealungul succesiunii de generații.

Se va trece în fine la cercetarea massei ereditare a familiei și grupelor de familii ; se vor preciza tipurile constituționale ; se va deduce cari familii merită să fie menținute și cari nu ; cari ar fi modalitățile de regenerare. Se vor deduce astfel metode de politică demografică.

2. *Populația considerată în spațiu*

„Spațiul" cuprinde diversele aspecte ale ambianței în care se desvoltă populația ; pe mari diviziuni se poate distinge : spațiul de așezare, spațiul rasial, spațiul linguistic, spațiul cultural, spațiul alimentar, spațiul statal (5).

In determinarea spațiului de așezare, ne vom ocupa de : climă, constituția terenului în suprafață și în subsol, diferențierile geografice și geologice ale spațiului în care se află așezată națiunea, corespondența între spațiul de așezare și gruparea etnică respectivă, etc. Studiind spațiul rasial, va trebui să precizăm dacă și în ce măsură el se suprapune spațiului de așezare a organismului național.

Importantă este cercetarea spațiului linguistic : gradul său de omogenitate, granițele „dialectale", corespondența între granițele linguistice și cele geografice precum și cele statale, etc.

In studiul spațiului cultural, vom avea a ne ocupa de omogenitatea culturii în organismul național, de eventualele conglomerate de cultură cari pot depăși granițele etniei, de diferențierile culturale între clase, etc.

O serie de probleme importante le pune studiul spațiului alimentar : întinderea acestuia în raport cu spațiul de așezare, configurația schimburilor, gradul de autarhie economică cu repercutarea ei biologică, complexul economic privit în legătură cu necesitățile de evoluție biologică, complexul economic „supra-statal", depășind adică poporul respectiv, etc.

Bine înțeles, pentru biologistul care atacă problemele demografiei maximul de însemnătate îl prezintă complexul de factori reuniți sub denumirea : spațiul patologic. Aspectele patologice sunt adesea consecințe ale factorilor economico-sociali ; dar și bolile la rândul lor își exercită „retro-efectul" asupra unei întregi serii de aspecte ale vieții sociale. Se va iniția deasemenea cercetarea geopolitică, care va determina întrucât există boli tipice, condiționate de climă și de teren, în spațiul de așezare al organismului național. Mergând mai departe, se vor putea stabili anumite condiții geofizice cari favorizează

sau inhibă, într'o anumită regiune, procesele biologice: concepţia, naşterea, boala şi moartea. Se vor stabili anumite legături dela cauză la efect între spaţiul de aşezare şi tipurile psihofizice, între factorii geofizici şi diferenţele în ce priveşte tipurile biologice în interiorul poporului.

O preocupare importantă este examinarea spaţiului statal, cu justificarea biologică asupra existenţei actuale şi cu dreptul de expansiune.

3. *Populaţia considerată în timp*

Evoluţia în timp a unui grup de populaţie exprimă mişcarea populaţiei respective. Cercetarea din acest punct de vedere ne duce la cunoaşterea dinamismului demografic.

Orice grup, şi cu deosebire orice organism naţional, prezintă mai întâi o fază de constituire; consecutiv acestei constituiri omogene, pot urma însă manifestări de disoluţie, ca semn al unui mers mai mult sau mai puţin regresiv. Constituirea sau înrădăcinarea unui organism naţional începe deobicei şi se continuă prin forme de aşezare colectivă, care reprezintă tendinţa la stabilizare: „moşia", satul, târgul, oraşul. Acestea sunt etape succesive, cari, în desfăşurarea lor în timp, ajung de dau naştere unui anumit „echilibru viu structural", în interiorul organismului naţional.

In mod foarte variabil dela naţiune la naţiune, începe la un moment dat, desrădăcinarea. Simptomul declanşant al ei îl constitue un fenomen care, deşi curent, denotă un mers regresiv şi deaceea în ultimul timp majoritatea statelor caută să-i pună stavilă. E vorba de migraţiuni. Migraţiunile se pot prezenta sub formă de emigrări în ţări străine, cu proporţii cari să meargă până la depopularea ţării de baştină; sau sub formă de imigrări de populaţie străină, ce pot duce la subminarea organismului naţional; în fine, sub formă de migraţiuni în interiorul însuşi al ţării, care pot duce până la ştergerea caracterelor proprii ale „spiţei", adică ale grupului familial sau regional.

Impulsul la migraţiuni este determinat de factori variaţi: biologici, economici, geografici, culturali, etc.

Un fenomen care influenţează evoluţia numerică şi calitativă a populaţiei este urbanizarea, care aduce cu sine întotdeauna o schimbare de raporturi şi echilibru între păturile de populaţie. Acest fenomen, condiţionat şi el de cauze diverse, trebue examinat în sine şi în efectele produse asupra menţinerii unitare a colectivităţii.

Deosebit de factorii de desrădăcinare menţionaţi, şi de o impor-

Scanned with OKEN Scanner

tanţă covârşitoare, este modificarea structurii populaţiei prin *degenerare*. Considerată din acest punct de vedere pur calitativ, demografia va avea de precizat regresiunea calităţilor biologice şi a celor morale, la o colectivitate dată.

Procedând în modul acesta, vom putea avea imagini succesive dealungul marilor etape în timp, asupra biologiei populaţiei : constituire, creştere, apogeu; îmbătrânire, moarte.

Relativ la perioada de constituire, se va preciza dacă colectivitatea, respectiv organismul naţional, a rezultat dintr'o populaţie străveche existentă în acelaş loc şi care a trecut într'o perioadă de formaţie statală şi de propăşire culturală ; sau dacă a rezultat din emigrarea unui popor într'un alt spaţiu, sau în fine dacă organismul naţional a suferit transformări rasiale.

Trecând la perioada de creştere a populaţiei, vom stabili în special dacă din creşterea peste măsură a acestui organism poate rezulta o slăbire a naţiunii; se vor preciza apoi factorii cari condiţionează ritmul creşterii populaţiei: natalitatea crescândă (factori psihofizici sau de altă natură) sau mortalitatea descrescândă (factori culturali şi igienici). Se va determina în fine direcţia în care se face creşterea: creşterea densităţii populaţiei, creşterea unor anumite grupe de vârstă, creşterea prin mărirea teritoriului, etc.

In cazul când problema regresării unei naţiuni se pune, trebuesc urmărite simptomele de îmbătrânire şi se va face analiza lor.

In fine, pe temeiul documentării făcute, se pot preconiza legile după cari se va dirija renaşterea populaţiei.

C. Demografia la baza economiei politice

Dacă ştiinţa demografiei are un caracter şi un obiectiv în primul rând de ordin biologic, nu-i mai puţin adevărat că ea prezintă şi alte aspecte importante. Multiple domenii ale vieţii colective îşi găsesc corelaţia cu ştiinţa demografiei şi deaceea vedem colaborând la ea : antropologi, medici, cercetători în domeniul ştiinţei raselor, apoi jurişti şi economişti. Colaborarea aceasta este firească, dat fiind că individul şi grupa de indivizi, prin producţia lor, înfăţişează o anumită valoare economică, iar randamentul este în funcţie, la rândul său, de valoarea biologică a indivizilor

1. *Importanţa „capitalului viu"*

Forţa de muncă a unei naţiuni, forţă al cărei quantum se evaluează în bani, poartă numele de capital viu. Acesta reprezintă adevărata valoare economică a unei naţiuni, o realitate de care trebue să ţinem seamă (6).

Ca regulă generală, se poate formula că întotdeauna şi pretutindeni valoarea capitalului viu depăşeşte cu mult pe cea a capitalului propriu-zis, iar raportul dintre unul şi celalt înfăţişează adevăratul indice de evoluţie economică al unui popor. Cu cât va predomina

mai mult capitalul viu, cu atât naţiunea respectivă va fi mai înaintată economiceşte.

Dacă dela noţiunea „capital" trecem la celalt aspect economic, derivând din precedentul, adică la venitul naţional, atunci constatăm că raportul de forţe se accentuiază şi mai mult în favoarea capitalului viu, în sensul că 90% din venitul naţional este constituit din venitul muncii omeneşti ; dealtfel s'a remarcat cu drept cuvânt că restul de 10%, provenit din dobânzile capitalurilor, reprezintă de fapt doar o altă formă contabilicească a muncii umane. Putem afirma în mod lapidar : capitalul e o cristalizare a muncii din perioadele economice anterioare, o *muncă coagulată,* iar „creare de capital" nu înseamnă de fapt altceva decât crearea şi menţinerea puterii de muncă a naţiunii (6).

Pentru mulţi autori problema randementului uman constitue o adevărată problemă de Stat. In mod constant, datoria unei demografii calitative dirijate este de a descoperi predispoziţiile ereditare bune şi a le stimula până la un maxim de randament, apoi de a le menţine la acest nivel ridicat un timp cât mai lung din viaţa individului.

Intr'un caz dat, şi pe bază de metode ştiinţifice, trebue precizat, nu numai randamentul actual, ci şi producţia viitoare a individului. Aceasta va fi dedusă, în bună parte, din cercetarea tabelelor de spiţă. Cu alte cuvinte, aceste tabele nu trebuesc utilizate numai în sensul negativ, adică în sensul constatării anormalităţilor ereditare. Ele trebuesc folosite şi într'un scop pozitiv, determinându-se calităţile ce sunt de aşteptat dela „proband" şi care vor fi stimulate la maxim dealungul întregului ciclu de evoluţie : şcoală, şcoală profesională, educaţie fizică, serviciul muncii, asigurări sociale, etc. (7).

2. *Structura demografică, creatoare de capital viu*

Pentru menţinerea puterii de muncă, deci pentru a putea creşte capitalul şi venitul naţional, trebue să realizăm un optim demografic, care se rezumă în următoarele imperative : predominarea grupelor de vârstă tinere asupra celorlalte, creşterea progresivă a cifrei globale a populaţiei, un raport favorabil între indivizii normali fiziceşte şi psihiceşte şi cei deficitari ai populaţiei.

Vom cita un exemplu. La naţiunile la cari predomină grupa de vârstă înaintată asupra grupelor de vârstă tinere, producţia este redusă : mai mult decât atât, colectivitatea se supra-încarcă cu cheltuieli, cu sarcini rezultate din întreţinerea minus-valorilor derivate

din bătrâneţe şi bolile ei. Se merge uneori până la limita rezistenţei financiare şi economice sau chiar se depăşeşte această limită. Fenomenul acesta este rezultat al denatalităţii, de unde concluzia că *denatalitatea echivalează cu o diminuare a creării de noi capitaluri naţionale*. Relaţiunea dintre faptul demografic şi fenomenul economic este evidentă.

Adâncind cercetarea efectelor fenomenului denatalităţii asupra stărilor sociale, vedem că el influenţează şi *asigurările sociale*. Cu cât asigurările vor cuprinde o cifră mai mare de asiguraţi de vârstă înaintată, cu atât sarcinile vor fi mai mari şi de durată mai lungă. Dacă denatalitatea continuă, asigurările sociale pot merge la prăbuşire.

Demografia are deci drept preocupare creşterea populaţiei al cărei echivalent economic este sigur. Dar, această concluzie trebue complectată şi orizontul ei lărgit. *Omul trebue considerat şi ca valoare în sine*. Omul nu este o marfă standardizată sub raportul producţiei. Aceasta este şi judecata demografiei, care acceptă şi alte criterii în promovarea valorilor umane, decât cele strict economice. „Bogăţia personalităţii" este o funcţiune biologică superioară. Selecţiunea valorilor biologice şi înmulţirea lor printr'o politică a populaţiei dirijată, este deasemeni preocuparea ştiinţei demografiei.

D. Demografia şi politica socială

Relaţiile demografiei cu politica socială au format în ultimii ani obiect de preocupări stăruitoare, iar în Septembrie 1938 adunarea Societăţii Naţiunilor a instituit un comitet de experţi, însărcinaţi cu studiul problemelor demografice şi în special al raporturilor lor cu situaţia economică, financiară şi socială (8).

Din moment ce scopul principal al politicii sociale este ameliorarea condiţiunilor de existenţă a populaţiei, mijloacele puse în lucru trebue să ţie seama de componenţa şi evoluţia factorului demografic, atât pe plan naţional cât şi pe cel internaţional.

Astfel, nu se va putea institui o bună politică socială cât timp nu se ţine seama de *influenţa factorului demografic asupra pieţii muncii*. Natalitatea, ca şi mortalitatea generală dintr'o ţară, influenţează în mod dominant structura mâinii de lucru. Aceasta este deci condiţionată de evoluţia demografică, care oferă contingenţele necesare, iar variaţiunile demografice regionale şi pe profesiuni influenţează piaţa muncii Creşterea populaţiei, pe de altă parte, are drept consecinţă creşterea categoriilor de consumatori: mai mari posibilităţi de plasament a mâinii de lucru, deci diminuarea şomajului.

Scanned with OKEN Scanner

Problema de politică socială pe care o reprezintă *munca femeilor, a copiilor şi a bătrânilor,* este deasemenea dependentă de factorii demografici. Menţinerea femeii la cămin, sau, dimpotrivă, o intensificare a muncii femeilor, utilizarea pe o scară mai redusă sau mai vastă a muncii copiilor, recurgerea eventuală la munca bătrânilor, toate acestea sunt aspecte cari nu pot fi rezolvate după reguli uniforme, ci depind de structura demografică a fiecărei ţări, la un moment dat.

Un exemplu: într'o ţară cu natalitatea ridicată şi cu media de viaţă redusă, nu este întotdeauna indicat să se fixeze un „prag" de vârstă pentru admiterea minorilor la muncă, căci altfel se riscă lipsa mâinii de lucru. Un alt exemplu: o ţară cu denatalitate este în drept să se întrebe, la un moment dat, dacă scoţând pe femeea măritată din câmpul muncii, nu se va realiza o şi mai mare denatalitate, căci femeea, spre a nu cădea sub prevederile legii, adică spre a nu părăsi lucrul, va rămâne celibatară.

Factorul demografic mai exercită înrîuriri evidente asupra problemelor de durată a muncii, de recreaţie şi utilizarea timpului liber, precum şi influenţe cari nu mai au nevoie să fie demonstrate, asupra igienei masselor, asupra locuinţei, etc.

Rămân însă două mari probleme de politică socială ale căror legături cu demografia sunt cu deosebire importante: asigurările sociale şi politica salariilor.

Asigurările sociale, menajând factorul uman prin organizarea operelor de prevenire, prelungesc durata vârstei de producţie şi reduc invaliditatea prematură. La rândul său, structura demografică a unei ţări influenţează, după cum am mai arătat, evoluţia asigurărilor sociale. Sarcinile ramurilor de asigurare pentru boală, invaliditate, bătrâneţe, deces, vor fi cu atât mai greu de suportat cu cât procentul asiguraţilor de vârstă tânără va fi mai redus.

Politica salariilor influenţează mişcarea demografică.

Sporirea salarizării deasupra pragului nevoilor minimale este de natură să încurajeze natalitatea. Altfel, alocaţiile familiale nu şi-ar avea rost. La rândul lor, factorii demografici influenţează şi ei politica salarizării, căci posibilităţile sporirii salariilor depind de prosperitatea economică şi financiară, care la rândul său depinde de structura demografică a Statului, adică de procentul populaţiei productive

E. Evoluţia istorică a demografiei

S'ar părea că, din cele mai vechi timpuri, colectivităţile sociale organizate au simţit nevoia de a întocmi statistici. Perceperea impozitelor, recrutarea armatei, etc., au impus anumite norme statistice; de aceea, rudimente de statistică a populaţiei întâlnim chiar la Egipteni.

Scanned with OKEN Scanner

In Vechiul Testament (cartea IV-a) se vorbeşte despre cele 3 recensăminte pe triburi. Regele David a procedat la o numărătoare a populaţiei (9) Iisus s'a născut la Betleem, unde Iosif şi Maria se duseseră pentru a se înscrie la numărătoarea populaţiei ordonată de împăratul roman. In Grecia, au avut loc recensăminte. La Roma s'au făcut 69 recensăminte, din 5 în 5 ani, pe câmpul lui Marte.

Multă vreme, statistica a însemnat numai descrierea generală a naţiunilor şi a resurselor lor, fără a se recurge la jocul cifrelor şi la metodele pe cari ele le implică. In urmă, încetul cu încetul statistica a devenit aritmetica politicii demografice.

Deşi primul studiu ştiinţific este cel al lui *William Petty* (1623—1687): „Several Essays in Political Arithmetiks", totuşi, după *Raymond Pearl* (10), statistica demografică în accepţiunea modernă a cuvântului începe dela *John Graunt*. Acesta a publicat în 1662 lucrarea de bază intitulată „Observaţiuni naturale şi politice menţionate într'un index ce urmează şi întocmite după buletinele de deces" (11). Este pentru prima oară când s'a întocmit un studiu analitic al constatărilor, cu scopul de a determina legile mortalităţii, natalităţii şi ale mişcării populaţiei. In studiile sale, *Graunt* a precizat pentru prima oară patru aspecte cardinale în ştiinţa demografiei :

regularitatea unor fenomene demografice care în aparenţă ar fi datorite întâmplării;
existenţa excedentului de naşteri masculine asupra celor feminine, excedent ce dispar în timpul vieţii, aşa încât, la un grup de populaţie dată, în general numărul bărbaţilor se echilibrează cu cel al femeilor ;
supra-mortalitate din primii ani ai vieţii;
predominarea mortalităţii urbane asupra celei rurale.

Opera lui *Graunt* a fost aceea care a incitat pe astronomi şi matematicieni (*Huygens* în Olanda şi *Halley* în Anglia) să procedeze, prin metode matematice, la determinarea probabilităţii de supravieţuire, pentru o anumită vârstă.

In trecutul istoric al demografiei, poate fi amintită şi şcoala dela Göttingen, cu *Gottfried Achenwall* (1719—1772) şi urmaşul său *Von Schlözer* (1735—1808), care studiază problema populaţiei în viaţa Statului

Un nume important în evoluţia ştiinţei demografiei, este acel al lui *Johann Peter Süssmilch* (1707—1767), autorul lucrării „Orânduirea divină în modificările neamului omenesc, rezultate din naştere, moarte şi perpetuare" (12). Această lucrare, deşi pătrunsă de spiritul teologic, a fost precursoare a unor mari lucrări ulterioare de demografie ştiinţifică, între cari vin în special acelea ale lui *Quételet*.

Scanned with OKEN Scanner

Inainte însă de a ne ocupa de acest din urmă autor, trebue să menţionăm, în ordine cronologică, pe *Thomas Malthus* (1766—1834). După unii autori, *Malthus* trebue socotit ca înfăptuitorul statisticii medicale şi demografice. El a afirmat pentru prima oară că „sărăcia rezultă din creşterea peste măsură a populaţiei"; în consecinţă, a susţinut necesitatea măsurilor legislative care să stabilească un just echilibru între „bugetul alimentar al Statului" şi creşterea natalităţii (13).

Pe nedrept termenul „maltusianism" a fost ales pentru a denumi metodele de diminuare a procreaţiei. Precum a dovedit *Garrison*, dimpotrivă: sistemul anticoncepţional, sau mai bine zis de micşorare a natalităţii, sugerat de către filozoful *Condorcet*, a fost condamnat de *Malthus* în mod categoric.

Una din cele mai importante personalităţi care a contribuit la desvoltarea demografiei moderne este statisticianul şi matematicianul belgian *Lambert Adolphe Jacques Quételet* (1796—1874). Se poate spune că, dela lucrarea de bază a acestui autor (14), datează metodologia ştiinţifică în analizarea fenomenelor demografice şi sociale. *Quételet* scrie, între altele: „Omul se naşte, se desvoltă şi moare după anumite „legi, cari n'au fost studiate niciodată, nici în ansamblul lor, nici în „ce priveşte modalitatea reacţiunilor lor mutuale".

Fapt e că, înainte de *Quételet*, nu luase nimeni în studiu şi nu se adunaseră nici un fel de date numerice relativ la desvoltarea staturii şi a greutăţii fiinţei umane (9).

Continuatorul direct al operei lui Quételet a fost *Dufau* (1857). Acest autor publică rezultatele măsurătorii staturii, greutăţii şi creşterii unor grupe importante de populaţie. Ceva mai târziu, metodele antropometrice au fost aplicate de către *Roberts*, întemeietorul antropometriei sociale (15).

Mai menţionăm opera înfăptuită de cercetătorul francez *Le Play*, în 1855. Acest autor şi şcoala lui au publicat admirabile monografii în legătură cu condiţiile sociale şi economice la muncitorii din cele mai variate profesiuni (16).

Secolul al 19-lea mai este dominat de personalitatea lui *William Farr* (1807—1883); el este considerat, de către autorii anglo-saxoni, drept cel mai mare statistician medical al tuturor timpurilor.

Precum remarcă *Greenwood* (17), *Farr* a dat viaţă corelaţiilor numerice şi s'a servit de ştiinţa matematică pentru investigaţii în domeniul biologiei Opera sa a fost continuată de către *William Ogle, John Tatham, Thomas Stevenson.*

Intemeietorul eugeniei, *Francis Galton* (1822—1907), şi-a creat şi el merite în statistica demografică. *Galton* şi-a dat imediat seama

că o concepţie temeinică asupra fiziologiei nu poate fi clădită decât pe bază statistică. In lucrarea sa „Natural inheritance" (18) se studiază pe baze statistice, gradul de asemănare în ce priveşte caracterele fizice, mintale şi morale, între rudeniile de diverse grade.

Spre jumătatea secolului al XIX-lea, survine în Anglia o urbanizare intensă ; acest fenomen social se întovărăşeşte imediat de toate aspectele caracteristice acestui stadiu de evoluţie demografică. Aşa precum în Italia, în epoca Renaşterii, odată cu avântul luat de industrie şi de comerţ, deci odată cu urbanizarea, s'au ivit primele preocupări de asistenţă sanitară, tot astfel în Anglia — la epoca de care ne ocupăm — se ivesc cele dintâi preocupări de organizare a sănătăţii publice, de studiu al demografiei şi de statistică medicală. In 1848, se crează în Anglia, Oficiul general al sănătăţii publice. Totodată se ordonă ţinerea de statistici exacte, spre a se putea controla cauzele mortalităţii şi a se constata diferenţele de mortalitate între locuitorii de la oraşe şi cei dela ţară, precum şi între indivizii din cutare şi cutare profesiune.

Mergând spre epoca contimporană, avem de menţionat pe profesorul *Karl Pearson*. Acesta a contribuit la amplificarea metodelor matematice generale (calculul probabilităţilor) puse în serviciul statisticii biologice. Intr'o serie de memorii, *Pearson* aduce importante contribuţii în ce priveşte teoria curbelor de frecvenţă, în biologie şi demografie (19).

In Germania, este de menţionat *F. Prinzing*, care la începutul secolului curent a adus contribuţii foarte importante, în special prin tratatul de statistică medicală, apărut în 1906.

In legătură cu evoluţia istorică a ştiinţei demografiei, avem de menţionat studii asupra *evoluţiei populaţiilor în trecut*. In Germania, cercetările demografico-istorice au luat o importantă extensiune. In comunicarea pe care profesorul *Burgdörfer* (20) o face către prof. *Jean Bourdon* din Paris, în numele secţiei germane a Comitetului internaţional al ştiinţelor istorice, găsim o serie de date instructive. Deasemeni numeroase societăţi ştiinţifice au întreprins cercetări de istorie demografică.

F. Tendinţe actuale în demografie

Mişcarea demografică se întemeiază pe cele două fenomene fundamentale : natalitatea şi mortalitatea. Acestea se complectează cu structura populaţiei pe grupe de vârstă şi durata medie a vieţii. Din raportul dintre aceşti factori se va putea deduce *dinamismul optim* al populaţiei respective.

Două teze caută să asigure acest dinamism :

Scanned with OKEN Scanner

Teza *natalistă*, care consideră simpla creştere a natalităţii ca un fenomen demografic suficient pentru evoluţia colectivităţilor contimporane ;

Teza *vitalistă*, care consideră că optimul evoluţiei demografice a unei colectivităţi se asigură prin scăderea mortalităţii (în special când natalitatea este redusă) şi creşterea mediei de viaţă (21).

In condiţiile vieţii contimporane, se pare că a doua teză corespunde mai bine dezideratului unei evoluţii demografice optime : pedeoparte, pentrucă natalitatea este foarte greu influenţabilă, pe de altă parte pentru că mortalitatea redusă şi creşterea mediei de viaţă se pot obţine prin organizarea factorilor de civilizaţie şi de igienă.

In concluzie, s'ar putea spune că populaţia trebue să progreseze demografic printr'un *minim de mortalitate;* astfel piramida structurii populaţiei pe grupe de vârstă va cuprinde un număr maxim de *adulţi*, adică o importantă pătură de populaţie producătoare.

Un alt principiu care se afirmă în demografie, ca şi în medicina socială în general, este, cum am văzut, predominarea colectivităţii asupra intereselor egoiste ale individului. Demografia s'a născut, ca şi igiena, atunci când „întemeietorii de religii, conducătorii de popoare „şi legiuitorii au luat cunoştinţă de responsabilităţile lor faţă de colec-„tivitate" *(Tanon)* (22).

In epoca contimporană, centrul preocupărilor este biologia poporului; în acest cadru, demografia este o ştiinţă utilă în orientarea programelor de redresare. Preocupările de popor duc dincolo de prezent, făcând investigaţiuni asupra fenomenelor istorice cari au influenţat poporul respectiv. S'au stabilit chiar în cercetările demografice trei domenii de preocupări : ştiinţa populaţiei (prezentul); istoria populaţiei (trecutul); doctrina populaţiei (viitorul). De mare importanţă este *cercetarea istorică*, care ne instrueşte asupra originei poporului, evoluţia sa şi factorii cari i-au modificat biologia.

II. METODE FOLOSITE IN INVESTIGAŢIILE DEMOGRAFICE

Infăţişările multiple ale demografiei îşi găsesc în primul rând o exprimare numerică. Această metodă a corelaţiilor numerice este statistica (23).

Prin statistică în general, trebue să înţelegem metoda ştiinţifică ce caută să înfăţişeze numeric fenomenele de massă. Prin statistica biologico-socială, înţelegem înfăţişarea numerică a relaţiilor dintre om deoparte, ereditate şi mediu de altă parte (23).

Termenul „statistică", care derivă etimologic din grecescul „statista"

(om de stat), a fost întrebuințat pentru prima oară în 1749 de către *Achenwall*, în înțelesul de știință de stat și ca o parte integrantă din istorie. Numai după introducerea calculului probabilităților de către *Euler, Laplace, Fournier* și a legii numerelor mari de către *Bernouilli*, statistica a procedat la cercetarea numerică a fenomenelor de massă (24).

Cifrele sunt o expresie sintetică a diverselor fenomene demografice. Știința demografiei fiind o știință biologică, se ocupă de omul activ și productiv; pe acesta îl consideră fie în momentul prezent, fie în evoluția sa în timp, iar pe de altă parte în dependența sa de factorii de mediu în care trăește. Aspectul sub care se înfățișează omul în complexul factorilor care-l influențează și îi determină evoluția, se reprezintă prin expresii numerice. Această prezentare permite stabilirea situațiunilor de fapt, dar și interpretări superioare rezultate din comparație, dela epocă la epocă, dela regiune la regiune, etc. Rezultă deci că metoda statistică are aplicațiuni variabile în funcție de obiectivul pe care-l urmărește.

A. Metoda recensământului

Reamintim că practica recensământului este cunoscută încă din vremea Egiptenilor. Recensămintele au fost practicate, la intervale periodice, și de alte popoare ale antichității : Greci și Romani. Evoluția și perfecționarea metodelor s'au realizat progresiv, ajungând ca abia în timpurile moderne să capete adevăratul lor caracter, de preciziune științifică

Recensământul este astăzi metoda prin care stabilim cifra și structura populației în ziua și ora fixată pentru o țară întreagă. Adunarea materialului și elaborarea lui se fac prin aplicarea riguroasă a instrucțiunilor impuse tuturor, pentru a se obține o interpretare uniformă a fenomenelor înregistrate. Recensămintele se practică de obiceiu la intervale de câte 10 ani.

Recensământul îmbrățișează toate domeniile vieții naționale, stăruind în special asupra situației populației, așa cum se înfățișează ea în ziua aleasă pentru recensământ, pe sexe, pe neamuri, pe grupe de vârstă, pe profesiuni, etc. Astfel recensământul ne dă alcătuirea statică a populației într'un moment dat.

Scopul recensământului este utilizarea practică imediată a rezultatelor. El trebue să ne dea o imagine numerică cât mai precisă a populațiunii stabile, pentru a se putea aplica măsurile de corectare medico-sociale necesare. Spre a evita orice eroare, în înregistrarea numărului exact și a repartiției reale a populației la un moment dat, recensământul înregistrează simultan : *a)* toate persoanele aflate pre-

zente la domiciliul lor în noaptea în care se face numărătoarea ; *b)* toţi cei cari lipsesc în acel moment dela domiciliul lor (absenţi temporari); *c)* cei prezenţi întâmplător în acel moment (prezenţi temporari).

Raza de activitate a recensământului s'a extins mult în perioada contimporană. Dela simpla înregistrare numerică a indivizilor s'a trecut la înregistrarea caracterelor biologice şi sociale, a situaţiunii individului în raport cu colectivitatea, a defectelor fizice grave (infirmităţi), a stării economice şi culturale, a şomajului, etc.

Se mai amplifică azi recensământul, prin cercetarea indivizilor în raport cu familia. Numărătoarea familiilor reprezintă o concepţiune superioară, care ţine seamă mai ales de punctul de vedere biologic, ca bază pentru judecarea valorii naţiunilor şi pentru opera de dirijare medico-socială (25). Recensământul totalizează variate detalii asupra familiei privind starea ei socială, starea economică, situaţiunea profesională, etc.

B. Metoda monografică

Monografia este o cercetare cu obiect limitat şi duce de obiceiu studiile în adâncime ; deaceea ea a putut fi definită ca metoda prin care *se cercetează problemele (fenomen, unitate socială sau colectivitate) din toate punctele de vedere şi sub toate aspectele, privindu-le în legătura lor intrinsecă* (26).

Ştiinţa care îşi bazează, cu deosebire achiziţiile pe metoda monografiilor, este sociologia. Sociologii definesc monografia : observaţia directă a realităţilor vii.

In întocmirea monografiei în general, joacă rol important ancheta statistică. Statistica constitue, precum a formulat *A. L. Bowley* (27), „un instrument perfecţionat de descriere cantitativă a stării şi mişcării fenomenelor cari se petrec cu massele de indivizi sau cu elementele sociale numerabile, deci relativ omogene".

Spre a aprecia utilitatea statisticii în monografie, este suficient să ne gândim că orice unitate socială (deci şi populaţia) este un ansamblu de „subunităţi". Statistica intervine aci ca un instrument special de investigaţie, pentru studierea staticii şi dinamicii elementelor omogene numerabile pe cari le cuprinde unitatea socială cercetată. Totodată, statistica poate determina gradul de corelaţie dintre aceste elemente, precum şi dependenţa lor de factorii ambianţei.

Experienţa de mai mulţi ani, care s'a făcut la noi în ţară cu cercetările monografice în mediul rural, a îngăduit să se formuleze un

Scanned with OKEN Scanner

număr de reguli metodologice, prețioase și pentru cercetările demografice (28) :

Observația monografică să fie sinceră și obiectivă, stăruindu-se în verificarea factorilor extrinseci, independenți de voința anchetatorului ;

Observația să fie exactă și completă, îmbrățișând toate amănuntele și utilizând o technică de lucru precisă ;

Observația să fie controlată și verificată pe toate căile :

Observația să fie colectivă prin munca în echipe, formate din diferiți specialiști ;

Observația să fie pregătită, printr'o prealabilă informare și documentare a anchetatorului, asupra chestiunii și a bibliografiei ei ;

In totalizarea materialului și sinteza strânsă care va rezulta, se va folosi, pentru complectarea observației, factorul comparație.

Monografiile trebue să stea la baza reformelor, căci cu ajutorul lor se procură documentarea necesară unei raționale înfăptuiri. Deaceea le găsim adesea la baza organizărilor economice, sociale, financiare, biologice, în cuprinsul statelor. Cercetările monografice privind o problemă determinată pot, bine-înțeles, să aibă un domeniu restrâns sau unul mai desvoltat.

Statele-Unite ne oferă cele mai bune exemple de cercetări monografice generalizate și perfecționate (29). Cercetarea limitată : „Survey", este preconizată în orice problemă sau program de lucru.

Cercetarea ia uneori o vastă proporție, de ex. cea întreprinsă în orașele Statelor-Unite (Springfield survey, etc)., între anii 1914—1917. Această vastă monografie s'a referit la foarte numeroase domenii : școli publice, înapoiați mintali, alienați și alcoolici; recreații și organizarea timpului liber pentru masse; locuințe; statistica operelor filantropice. industria și condițiile de muncă ; administrația municipală ; igiena și sănătatea publică ; tribunale, poliția, închisorile.

Mai recent Statele-Unite au întocmit o *monografie generală* a țării : *„Recent social trends in the United-States"*, în care sunt înfățișate toate problemele vieții colective din punctul de vedere empirico-statistic (31), adică așa cum se prezintă ele, fără concluziuni și nici propuneri de îndreptare. In modul acesta se lasă mereu deschisă calea pentru noi studii și precizări.

Foloase mari aduc monografiile, când e vorba de a aplica principiul preventiv în politica demografică. De acest principiu au ținut seama în largă măsură societățile de asigurare americane. Societatea „Prudential Insurance Cie" a întocmit monografii sanitare pentru fiecare din orașele și districtele Statelor-Unite. Marea societate „Metropolitan Life Insurance Cie" a întocmit vaste monografii relative la morbiditatea în diversele grupe de populație pe care le asigură. Ace-

ste „sickness surveys" au servit drept bază programului de investiţii de medicină preventivă (30). Aceeaşi societate a întocmit, încă în 1918, un „survey" referitor la un milion de muncitori, în scop de a determina importanţa şi cauzele şomajului.

Foarte importante sunt studiile monografice cu carácter biologic, mai ales cercetarea elementelor defective şi studiul altor subiecte de eugenie, în scopul redresării colectivităţii.

Bruno Schulz, la Institutul de genealogie şi demografie „Kaiser Wilhelm", procedează astfel: ca să vadă care e soarta copiilor născuţi din schizofrenici, alege 200 schizofrenici din registrele vechi ale unui ospiciu, fiind vorba numai de bolnavii cari au avut copii; apoi, printr'o anchetă la biserici, oficii de stare civilă, biurouri de populaţie, caută să afle ce au devenit aceşti copii, unde locuesc, dacă au murit, etc. Dacă nu sunt găsiţi aceşti copii înşişi, sunt cercetate rudele apropiate, medicii, preoţii, etc. Se constată astfel, de exemplu, că cei 200 schizofrenici au avut 700 copii, în vârstă astăzi de peste 30 de ani; din aceşti 700 copii, un procent sunt deasemenea schizofrenici, un procent suferă de alte psihoze, un procent sunt normali, un procent dotaţi, etc. Se cercetează apoi, în acelaş mod, copiii dela 200 maniaco-depresivi, dela 200 debili mintali, dela 200 oameni normali, comparându-se soarta acestor copii cu a celor procreaţi de schizofrenici. Rezultate destul de importante se obţin astfel (32).

In practică însă, cercetarea aceasta, limitată numai la copii, nu e suficientă. Din cunoaşterea legilor după cari se transmite ereditatea, rezultă suficient că, chiar dacă copiii sunt sănătoşi, pot fi însă nepoţi şi nepoate cari să posede tara respectivă. Rezultă că, în cercetările noastre, dacă e vorba să cunoaştem cu adevărat calitatea massei ereditare, va trebui să înglobăm întotdeauna şi pe descendenţii colateralilor.

Referindu-ne, când e vorba de grupe mai apreciabile de populaţie, pe de o parte la ascendenţii indivizilor, atât direcţi cât şi colaterali, pe de alta la descendenţii lor, vom efectua o cercetare monografică care constitue ceeace s'a numit *status-ul biologico-ereditar* al unui grup determinat de populaţie.

Ceeace ne trebue însă este o metodă care să ne permită a reda complect şi simplu, totalitatea caracterelor şi predispoziţiilor ereditare ale unui om. In acest scop ne vom ocupa numai de *acel* grup de persoane al cărui studiu să ne permită într'adevăr determinarea massei ereditare. Dezideratul e realizat de către tabela de spiţă, studiată în detaliu la capitolul eugeniei.

Tabela de spiţă (rudenii) a fost întocmită pentru prima oară în 1908, de către oculistul *Czellitzer*; această tabelă cuprinde 8 străbunici, cu toţi urmaşii lor. Ea era însă prea complicată şi greoae.

Mai practică e tabela de spiţă (Sippschaftstafel) a lui *Karl Astel* (33). Reamintim că acest autor denumeşte spiţă grupul format de cei 4 bunici, împreună cu urmaşii lor. Pe o astfel de tabelă figurează deci: individul dela care pornim (probandul), fraţii-surorile lui, părinţii, unchii şi mătuşile, verii şi verişoarele, bunicii.

Scanned with OKEN Scanner

S'a emis dezideratul ca fiecare cetățean, după ce a împlinit 16 ani, să-și înocmească singur tabela de spiță.

C. Metoda înregistrării continui și chestionarul

O altă metodă de statistică demografică este cea a înregistrării continui, foarte des utilizată, între altele, la oficiile de stare civilă. Și aci înregistrarea statistică decurge într'un spațiu limitat; dar în ce privește elementul cronologic, înregistrarea decurge fără întrerupere, adică fără limită de timp. Ceeace ne interesează cu deosebire, în această metodă de statistică demografică, este repetarea fenomenelor demografice la răstimpuri alese de noi: zi, săptămână, lună, an, etc. Se urmărește rezultatul comparației datelor caracteristice unei anumite epoci, cu datele unei epoci anterioare (36).

Aplicări interesante ale înregistrării continui, pe mari perioade de timp, s'au făcut de unii autori, în cadrul așa zisei *topografii medicale*, care nu e în fond decât un capitol al geografiei medicale și, într'un înțeles mai larg, al *geomedicinei*.

Menționăm astfel, cu titlu de exemplu, tehnica studiului populației unei localități din Moravia (Gross-Ullersdorf), cu 2515 locuitori, întocmit de către *Franz Riedl* (34).

După un rezumat al fazelor istorice, autorul cercetează mișcarea populației și factorii cari au influențat-o. Istoricul epidemiilor și ciclul evolutiv al lor dau indicațiuni asupra scăderii sau sporirii populației. Interesant este apoi caracterul dominant al unora sau altora din cauzele de mortalitate, deci de modificare a statisticii populației. Exacerbările epidemice domină până la jumătatea secolului al XIX-lea, dată după care mortalitatea maximă se datorește tuberculozei și apoi războiului. Este semnalată deasemeni mortalitatea în decursul primului an, independent de epidemii; dimpotrivă, crescuta mortalitate între 1—14 ani este datorită tocmai factorilor infecțioși.

Un alt exemplu de concluzii interesante, deduse din înregistrarea continuă, este studiul lui *E. Mauve*, care a arătat, până la evidență, cum — numai datorită vecinătății cu un centru aglomerat (localitatea Vichy) — o comună rurală (Cognat-Lyonne) prezintă, dela 1866 înainte, fenomene de regresiune demografică, și anume: diminuarea proporției grupei de vârstă 0—39 ani și creșterea proporției grupelor de vârstă de peste 40 ani. Factorul etiologic este constituit de masiva emigrare a elementului tânăr din comună, spre Vichy. In anul 1926, satul amintit, cu o populație de 562 locuitori, a ajuns să aibă un excedent de 102 decese (asupra nașterilor) (35).

Una din lucrările cele mai vaste apărute până în prezent și bazată pe metoda înregistrării continue, este tratatul publicat în 1939—1941 și intitulat „Cartea orașelor germane" (*E. Keyser*, Deutsches Städtebuch.

Handbuch städtischer Geschichte, Kohlhammer Verlag, Stuttgart-Berlin, 1939—1941). In această lucrare, care a cerut o îndelungată operă de investigaţii îndeplinită de colaboratori calificaţi (statisticieni, istoriografi, specialişti în demografie, biologişti, etc.) sunt expuse următoarele amănunte relativ la fiecare localitate germană : origini şi întemeiere, populaţia şi evoluţia ei numerică, viaţa economică, organizaţia militară, organizaţia financiară, instituţiile culturale, evoluţia epidemiilor, etc.

Există o a treia metodă de cercetare statistică, în demografie, referindu-se la fenomene cu caracter cu totul particular, sporadic, şi ne mai prezentând necesitatea vre-unei continuări de investigaţie, odată ce fenomenul în cauză a dispărut. Aceasta e ancheta restrânsă sau *chestionarul.*

Astfel de cercetări demografice, înglobate de unii autori în cadrul aşa zisei „metode cazuistice" (36), se referă deobicei la izbucniri de epidemii, cu caracter regional sau chiar mai vast. Incontestabil că nu putem fixa aci vre-o limită de spaţiu, aşa cum nu putem fixa nici una de timp. Obiectul anchetei dispare odată cu ultimul caz epidemic.

D. Utilizarea datelor

Valoarea diverselor date şi corelaţii numerice, pe cari metodele studiate ne îngădue să le adunăm, ar rămâne nulă, cât timp nu le supunem unei stricte interpretări. Totalul datelor obţinute ne conduce în mod logic dela efect la cauză ; trebue să urmeze aplicarea practică a mijloacelor noastre de acţiune igienico-socială, acolo unde e într'adevăr nevoe. In acest mod, rezultatele obţinute pun metodele statistice în serviciul programelor de redresare a populaţiei.

Pentru ca o statistică demografică să poată însă fi interpretată precum se cuvine, ea trebue să îndeplinească anumite condiţiuni. Igieniştii cu experienţă rezumă astfel condiţiile unei bune statistici demografice (37) : nici o statistică nu e valabilă dacă n'a fost făcută, sau cel puţin verificată, de un specialist ; orice statistică cere o interpretare cât mai largă, pe bază de raporturi calitative, nu numai cantitative ; să nu se facă exces de formule matematice abstracte ; cu cât acestea abundă, cu atât rezultatele trebuesc interpretate cu mai multă rezervă; fenomenele sociale să fie interpretate cu multă prudenţă şi să se dea precădere valorilor calitative asupra fenomenelor pur cantitative.

Totuşi, analiza matematică poate uneori da rezultate utile în demografie.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru *Alfred Lotka*, din New-York, studiul demografiei cantitative se poate realiza prin două metode şi anume: metoda empirică şi metoda raţională. Aceasta din urmă se bazează pe faptul că între diferitele fenomene demografice există relaţii impuse de legile fizice şi logice. Dacă metoda empirică poate să ne arate starea efectivă a populaţiei la un anumit moment, nu trebue însă să pierdem din vedere că între această populaţie efectivă şi populaţia „logistică" (cea calculată teoretic, după metoda raţională) este destulă apropiere, cu condiţiunea ca cercetările şi calculul să se facă asupra unei populaţiuni stabile, adică un grup de populaţie în care repartiţia pe grupe de vârstă să rămână invariabilă (38).

1. *Date şi proporţii utilizate în mod obişnuit în demografie*

Utilizarea datelor statistice demografice o facem pe bază de cifre relative, adică raporturi şi proporţii numerice care pot prezenta pentru noi mai mult interes şi din care putem trage deducţii utile (36).

Enumerăm mai departe aceste proporţii :

Natalitatea este raportul între numărul nouilor-născuţi-vii dintr'un an şi mia de locuitori. Formula pentru calcularea natalităţii este:

$$\text{Natalitatea} = \frac{\text{numărul născuţilor-vii} \times 1000}{\text{numărul total al locuitorilor}}$$

Mortalitatea este raportul dintre numărul deceselor dintr'un an şi numărul locuitorilor colectivităţii respective. Formula pentru calcularea mortalităţii este deci:

$$\text{Mortalitatea} = \frac{\text{numărul deceselor} \times 1000}{\text{numărul total al locuitorilor}}$$

Nupţialitatea este raportul dintre numărul căsătoriilor şi mia de locuitori, exprimându-se prin formula următoare :

$$\text{Nupţialitatea} = \frac{\text{numărul căsătoriilor} \times 1000}{\text{numărul total al locuitorilor}}$$

Mortalitatea infantilă se calculează prin raportarea copiilor decedaţi sub un an la numărul total al născuţilor vii din anul respectiv. Formula pentru calcul este:

$$\text{Mortalitatea infantilă} = \frac{\text{numărul morţilor sub un an} \times 100}{\text{numărul născuţilor-vii}}$$

Mortinatalitatea este raportul între numărul născuţilor-morţi şi al născuţilor-vii dintr'un an, calculându-se după formula :

$$\text{Mortinatalitatea} = \frac{\text{numărul născuţilor-morţi} \times 100}{\text{numărul născuţilor-vii}}$$

Mai sunt utilizate în mod curent în demografie şi alte date :

Mortalitatea specifică, adică mortalitatea calculată pe *grupe de vârstă*, fenomen demografic de importanţă considerabilă în aprecierea evoluţiei colectivităţilor umane;

Letalitatea, termen cu înţeles variabil, după autori; în general înseamnă procentul de decese printr'o anumită boală, din totalul dece-

selor prin diverse cauze, criteriu adoptat şi de noi în cercetările noastre; în medicina clinică s'a adoptat acest termen adesea pentru exprimarea procentului de morţi din totalul cazurilor dintr'o anumită boală; în realitate însă, această corelaţie constitue un alt aspect statistic denumit *„fatalitate"*;

Fertilitatea femeilor, raportul între numărul naşterilor şi mia de femei cu vârsta cuprinsă între 16—45 ani (perioada de prolificitate a femeii),

Menţionăm, în fine, un coeficient oarecum special, numit *indexul efectului natalităţii* (39): câte naşteri sunt necesare pe cap de locuitor, pentruca populaţia unei ţări să rămână *staţionară* numericeşte; dacă acest indice de pildă e 1, aceasta înseamnă că pentru fiecare individ trebue să revie o naştere, pentruca populaţia respectivă să se menţină la stadiul actual; dacă indicele ar fi 7, înseamnă că 7 naşteri sunt necesare pe cap de individ, etc.

E interesant să menţionez că, pe baza unor vaste cercetări retrospective, dealungul istoriei diverselor popoare, s'a ajuns să se stabilească cifre extreme între care a variat „indicele efectului natalităţii": între minimul de 1,53 (Noua Zelandă) şi maximul de 4,76 (Romanii din secolul al III-lea şi al IV-lea d. Chr.).

Deosebit de proporţiile folosite în mod curent, înşirate mai sus demografia trebue să mai recurgă la un număr de coeficienţi, importanţi mai ales din punctul de vedere al politicii sociale (40), (41).

O proporţie, de mult utilizată, cea mai simplă de altfel, este *densitatea aritmetică*, adică numărul de locuitori pe km^2. Este de remarcat că pentru politica socială densitatea aritmetică este puţin concludentă: de exemplu Belgia, care după densitatea aritmetică apare ca ţara cea mai populată din Europa, primeşte totuşi imigranţi.

Nici calcularea *densităţii fiziologice*, adică a raportului dintre cifra populaţiei şi suprafaţa pământului productiv dintr'o ţară, nu e concludentă. Ea poate constitui un bun criteriu, numai pentru ţările pur agricole şi total lipsite de schimburi cu alte ţări. De asemenea, densitatea fiziologică poate fi utilă în vremuri de calamitate (războiu), spre a măsura capacitatea de rezistenţă alimentară a unei ţări complect încercuită.

Mai utilă este *densitatea agricolă*, adică raportul între cifra populaţiei agricole (nu a populaţiei totale) şi suprafaţa de pământ productiv.

O altă proporţie utilizată în demografie este raportul dintre *cifra populaţiei active* (15—65 ani) şi suprafaţa teritoriului ţării.

In general însă, niciuna din metodele care ţin seamă numai de cei doi factori : sol şi populaţie, nu dau satisfacţie.

O apreciere precisă a situaţiei demografice a unei ţări poate fi obţinută numai ţinându-se seamă de un ansamblu de factori variaţi: abundenţa de capitaluri, desvoltarea tehnicei, gradul de industrializare, gradul de evoluţie financiară, comercială şi de pregătire a indivizilor în aceste domenii, organizarea schimburilor, balanţa comerţului, etc. Luându-se în considerare toate aceste elemente, se obţine producţia totală a unei ţări; împărţindu-se apoi valoarea acestei producţii la cifra populaţiei, se obţine producţia pe cap de locuitor. Aceasta constitue *indicele de densitate economică.*

In fine, noţiunea care astăzi pare a fi cea mai interesantă, este *optimul de populaţie,* adică acea cifră de populaţie care, în raport cu resursele economice totale ale unei ţări, este compatibilă cu asigurarea celui mai ridicat nivel de viaţă posibil fiecărui individ.

Optimul de populaţie este condiţionat de o sinteză de factori studiaţi în ultimul timp la Institutul Internaţional de Cooperaţie Intelectuală (41). Totalitatea acestor factori este de natură a califica şi clasifica o populaţie, dacă o privim din mai multe puncte de vedere, prin raport la anumite valori optime. Există într'o populaţie un optim economic, un optim biologic, un optim eugenic, etc. Pentru o bună apreciere, o populaţie trebue considerată în ansamblul acestor indici, adică după un „optim sintetic".

2. *Reprezentări grafice*

Ca în toate domeniile statistice, reprezentările grafice au marele avantaj de a exprima, în mod sintetic şi uşor accesibil, fenomenele demografice, fie în aspectul lor pur static, fie în desfăşurarea lor dinamică.

Cercetătorul american *Raymond Pearl* (42) grupează modalităţile de reprezentare grafică a fenomenelor demografiei, în patru categorii :

a) Reprezentările grafice în cari se înfăţişează *numai frecvenţa* unui anumit fenomen:

b) Reprezentările grafice cari înfăţişează concomitent frecvenţa unui fenomen demografic şi *tendinţa* lui evolutivă : ascendentă, descendentă, nestabilă, sau neregulată.

c) *Hărţile demografice* sau cartograme, cari ne pot arăta frecvenţele unui fenomen pe diverse localităţi sau regiuni, precum şi, prin nuanţe adecuate, *intensitatea* fenomenelor demografice.

La congresul de demografie din 1935, ţinut la Berlin, s'au fixat

condiţiunile pe cari este bine să le îndeplinească o hartă demografică (43). Ea ar trebui să cuprindă: cifra absolută a locuitorilor pe provincii, oraşe, sate; apoi densitatea relativă pe ţară şi, în fine, diviziunea după limbă, religie, rasă, profesiune. Incontestabil că o singură hartă e imposibil să întrunească toate aceste reprezentări. De aceea nici nu s'a găsit încă formula cea mai practică şi mai cuprinzătoare. Hărţile publicate de „Comitetul Naţional de Geografie" din Franţa se bazează pe „culorile de contrast". Hărţile engleze combină culori spectroscopice, etc.

3. *Interpretarea biologică a datelor demografice*

Cât timp considerăm omul în conexiunile lui cu factorii *eutenici* sau de mediu, orice statistică demografică cere a fi interpretată dintr'un întreit punct de vedere.

Cel *static,* rezultând din aspectul structural al grupului colectiv într'un moment determinat al evoluţiei sale.

Cel *spaţial,* adică structura demografică pusă în raport cu complexul factorilor geografici, telurici, economico-sociali, etc., care caracterizează *spaţiul* ocupat de colectivitatea respectivă. Importanţa acestei corelaţii rezultă de pildă din examinarea densităţii diverselor populaţii; cât timp nu punem în legătură cifra locuitorilor pe kilometru pătrat cu totalitatea factorilor de ambianţă, socială, economică şi chiar culturală, din ţara respectivă, nu putem trage concluzii valabile.

Cel *cronologic;* evoluţia demografică trebue neapărat urmărită *în timp,* dealungul perioadelor cari o condiţionează şi cari îi imprimă şi tendinţa.

Considerând fenomenele demografice sub acest triplu unghiu, vom fi în măsură a trage concluzii valabile din punctul de vedere al igienei sociale şi al regenerării biologice a rasei.

In primul rând obţinem concluzii de ordin *documentar :* situaţia populaţiei pe grupe de vârstă, din punctul de vedere al mortalităţii, etc. Aceste concluzii vor indica precis unde anume e nevoie să intervenim prin mijloacele noastre de acţiune. In al doilea rând, concluzii de ordin *curativ:* cunoaşterea populaţiei bolnave este importantă pentru generaţiile contimporane, pe care boala le poate influenţa şi mai ales pentru generaţiile viitoare (transmitere de tare). Statistica pe grupe de boli ne dă preţioase indicaţii pentru instalarea instituţiilor de medicină curativă şi a dispensarelor de consultaţii, în acele regiuni unde boala respectivă face cele mai multe victime. In fine, concluzii de ordin *profilactic.* Aceste concluziuni ne conduc la programul pre-

Scanned with OKEN Scanner

ventiv de ocrotire şi de valorificare a elementului valid. Pe această politică se sprijină viitorul biologic al naţiunilor.

III. STATISTICA VITALĂ

A. Fenomenele demografice

Populaţia este într'o perpetuă transformare dela o epocă la alta a istoriei. Mişcarea demografică rezultă pe deoparte din înmulţirea indivizilor şi creşterea numerică a grupurilor în timp, pe de altă parte din influenţa pe care o au asupra populaţiei factorii economici, sociali şi culturali.

In cursul istoriei, procesele demografice s'au manifestat în mod variabil.

Intr'un mod brutal, ele se produceau deseori, în trecut, sub influenţa marilor calamităţi: foamete, război, epidemii. Aceste reacţiuni demografice excesive din timpurile îndepărtate, care apăreau ca fenomene de compensaţie a pierderilor determinate de marile flagele, iau însă un aspect cu atât mai temperat cu cât ne apropiem de epoca modernă. Diminuarea în intensitate a acţiunii factorilor externi, progresele politicii sociale şi ale igienei sociale, perfecţionarea terapeuticii, evoluţia technicei, ameliorarea şi intensificarea relaţiilor pe plan internaţional, au contribuit la atenuarea flagelelor de altădată şi deci şi a variaţiunilor violente ale fenomenelor demografice. In special, în decursul secolului al XX-lea, printr'o politică demografică raţională, s'a ajuns la un echilibru relativ care asigură o mai mare stabilitate a populaţiei.

Caracterele populaţiei, precum şi modificările ei în timp, se manifestă prin diversele *fenomene demografice*.

1. *Densitatea specifică*

Densitatea populaţiei, adică numărul mediu de locuitori pe km.² de suprafaţă, oscilează în diferitele ţări, între limite foarte largi. Astfel, în anul 1935, densitatea specifică se prezenta în modul următor:

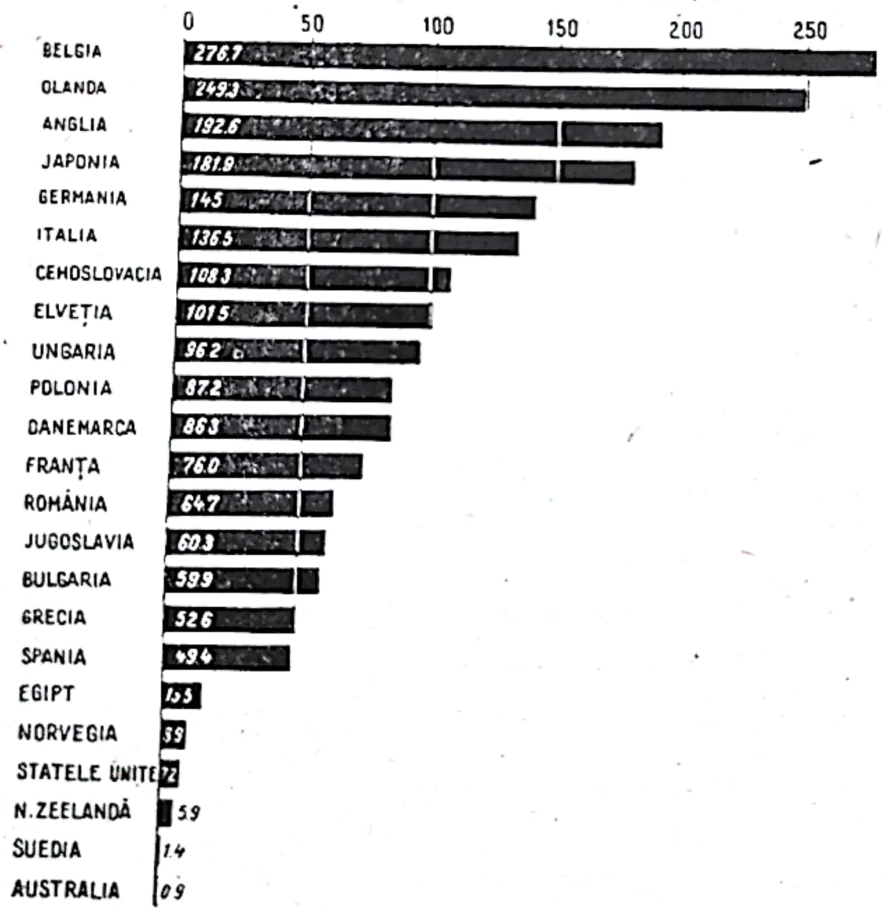
DENSITATEA POPULAŢIEI ÎN DIVERSE ŢĂRI, ÎN 1935

Ţările	*Suprafaţa în km²*	*Populaţia*	*Densitatea (număru de locuitori pe km²)*
Belgia	30.000	8.300.000	276,7
Olanda	34.000	8.475.000	249,3
Anglia	244.000	46.992 000	192,6
Japonia	382.000	69.500.000	181,9
Germania	470.000	67.105.000	142,5

Țările	*Suprafața în km2*	*Populația*	*Densitatea (numărul de locuitori pe km2)*
Italia	310.000	42 .300.000	136,5
Cehoslovacia	140.000	15.160.000	108,3
Elveția	41.000	4.163.000	101,5
Ungaria	93.000	8.944.000	96,2
Polonia	388.000	33.823.000	87,2
Danemarca	43.000	3.709.000	86,3
Franța	551.000	41.900.000	76,0
România	295.049	19.087.770	64,7
Jugoslavia	248.000	14.950.000	60,3
Bulgaria	103.000	6.171.000	59,9
Grecia	130.000	6.839.000	52,6
Spania	503.000	24.840.000	49,4
Egipt	1.000.000	15.470.000	15,5
Norvegia	323.000	2.882.000	8,9
Statele Unite	17.83.9000	127.980.000	7,2
Noua Zelandă	268.000	1.568.000	5,9
Suedia	443.000	6.250.000	1,4
Australia	7.704.000	6.753.000	0,9

Datele din tabelul de mai sus sunt sintetizate în graficul următor :

DENSITATEA POPULAȚIEI DIFERITELOR ȚĂRI ÎN 1935
(NUMĂRUL LOCUITORILOR PE KM²)



Se constată că, în Europa, țările cu densitatea cea mai mare a populației sunt: Belgia (276,7 locuitori pe km²), Olanda (249,3), Anglia

(192,6), Germania (142,5) şi Italia (136,5) Din restul ţărilor europene, majoritatea au densitatea între 50 şi 100. Densitatea cea mai mică, în Europa, o au ţările nordice: Norvegia cu 8,9 şi Suedia cu 1,4 locuitori pe km².

Această densitate redusă a ţărilor nordice se datoreşte faptului că populaţiile lor sunt aglomerate în anumite regiuni, singurele care oferă condiţiuni de viaţă mai uşoare. Spaţii imense din aceste ţări rămân nelocuite şi nelocuibile, fiind incompatibile cu viaţa omului.

Reamintim că în afară de această densitate *aritmetică*, statisticienii mai deosebesc: densitatea fiziologică, densitatea agrară şi densitatea economică generală.

Densitatea fiziologică reprezintă numărul de locuitori pentru unitatea de suprafaţă de sol productiv al unei ţări. Tabloul următor cuprinde densitatea fiziologică a diferitelor ţări, înainte de isbucnirea actualului război (44):

Ţările	*Densitatea fiziologică (loc. pe km² pământ productiv)*	*Ţările*	*Densitatea fiziologică (loc. pe km² pământ productiv)*
Japonia	993	Algeria	182
Olanda	802	Franţa	178
Anglia	800	Finlanda	166
Elveţia	772	Polonia	160
Belgia	640	Suedia	159
Brazilia	639	Ungaria	152
Norvegia	412	Bulgaria	146
Austria	349	România	140
Italia	307	Spania	138
Germania	305	Danemarca	130
Irlanda	252	Estonia	111
Cehoslovacia	241	Letonia	111
Luxemburg	238	Statele Unite	85
Jugoslavia	211	Lituania	85
India	205	Tunisia	74
Chili	193	Australia	66
Noua Zelandă	184	Argentina	47
		Canada	34

Densitatea agrară este cifra populaţiei *agricole* a unei ţări pe unitatea de suprafaţă (km²) de pământ cultivabil. Redăm densitatea agrară a câtorva ţări (45):

Bulgaria	98	Ungaria	62
Polonia	91	Germania	48
Italia	90	Franţa	45
Belgia	72	Danemarca	38
Olanda	71	Anglia	19
Elveţia	66		

Densitatea economică generală este o cifră sintetică ce se alcătueşte mai greu. S'a constatat o interdependenţă evidentă între productivitatea solului, densitatea agricolă şi structura socială a populaţiei. Pentru a stabili densitatea economică generală a unei ţări, tre-

bue să se ţină seamă, în afară de densitatea agricolă, şi de diversele ei resurse naturale: bogăţiile solului, ale subsolului, ale mărilor şi apelor interioare, isvoarele de energie, etc. Trebue să se ţină seamă şi de explcatarea efectivă a bogăţiilor naturale ale ţării respective (46).

2. *Nupţialitatea*

Nupţialitatea, cu o importanţă demografică considerabilă, este un fenomen de populaţie supus influenţei factorilor de ambianţă; din această cauză are un caracter foarte variabil, după regiuni, epoci, stări economico-sociale, etc. Unele caracteristici au însă valabilitate generală.

Astfel, un fenomen constant este creşterea apreciabilă a nupţialităţii după marile războaie sau după marile flagele, ca reacţiune faţă de golurile demografice rezultate. Apoi, nupţialitatea creşte în epoci de prosperitate economică, ca urmare fie a desvoltării industriei, fie a recoltelor abundente. S'ar părea că nupţialitatea creşte şi în epoci de frământări şi instabilitate politică, probabil din cauza speranţelor, în special economice, pe care le trezesc în masse regimurile politice noui; această constatare a fost făcută mai de mult (47).

Nupţialitatea este influenţată în largă măsură de valoarea eugenică a căsătoriţilor, precum şi de vârstă. Căsătoriile cele mai favorabile pentru vitorul demografic sunt cele care se contractează în jurul vârstei de 25 ani.

Vârsta căsătoriei depinde într'o anumită măsură şi de factori etnici şi rasiali.

Astfel, se pare că Slavii, şi mai ales popoarele sudice, ar ajunge la maturitatea necesară pentru căsătorie mai repede decât popoarele nordice. Se menţionează că la finele secolului trecut Rusia a avut, la mia de căsătoriţi, 348,1 bărbaţi sub 20 ani, pe când Prusia a avut numai 203,2. La mia de femei căsătorite, Prusia a avut numai 93,7 sub 20 ani, pe când Italia 204,2 (47).

Mai plauzibil este însă că proporţia căsătoriilor în vârstă tânără este în funcţie, nu atât de factori rasiali şi constituţionali, cât de stările economico-sociale. In societăţile cu structură primitivă individul se consideră că a atins mult mai de timpuriu gradul de independenţă economică necesară pentru căsătorie, decât în ţările cu structură economico-socială evoluată.

La 19—20 ani ruralul cunoaşte în general tot ce este necesar pentru a fi un bun agricultor şi a putea astfel să-şi întemeieze un cămin durabil. In schimb, în ţările industrializate, perioada de ucenicie profesională este lungă şi laborioasă, aşa încât relativ târziu individul poate să se gândească la întemeierea unei căsnicii.

Situaţia nupţialităţii în diversele ţări, în anul 1938, a fost următoarea :

Ţările	*Căsătoriţi la 1000 locuitori*	*Ţările*	*Căsătoriţi la 1000 locuitori*
Austria	12.7	Ungaria	8.1
Statele Unite	11.0	Canada	7.8
Noua Zelandă	10.3	Jugoslavia	7.7
Japonia	9.5	Olanda	7.7
Germania	9.4	Elveţia	7.4
Suedia	9.0	Italia	7.4
Australia	9.0	Belgia	7.3
Danemarca	8.9	Cehoslovacia	7.2
România	8.8	Grecia	6.6
Anglia	8.5	Portugalia	6.6
Bulgaria	8.4	Franţa	6.5
Norvegia	8.3	Irlanda	5.1

In anul menţionat, nupţialitatea cea mai ridicată au avut-o deci Austria, Statele-Unite, Noua Zelandă şi Germania. Pentru unele ţări au contribuit la acest fenomen complexul de măsuri eugenice şi demografice legiferate (Germania : împrumuturi în vederea căsătoriilor, colonizări suburbane şi rurale, suprimarea şomajului, etc.).

Al doilea loc, ca nupţialitate, îl ocupă un grup de ţări agricole : Danemarca, Bulgaria, România, Ungaria. Explicaţia acestei nupţialităţi relativ ridicate stă în faptul că populaţia rurală are exigenţe mici economice şi la standardul ei de viaţă căsătoria nu este considerată ca o împovărare materială.

In ordinea descrescândă a nupţialităţii, vin ţările intens industrializate, în cari individul atinge târziu un anumit grad de independenţă economică, ca Belgia, Cehoslovacia, Irlanda, dar şi unele ţări, ca Grecia, Portugalia, pentru cari explicaţia nupţialităţii reduse este mai greu de dat.

Există şi o nupţialitate diferenţiată după clase sociale, care de fapt reprezintă nupţialitatea după *categorii profesionale* (48). Relaţiunile între factorul profesiune şi nupţialitate sunt de două feluri : psihologice şi economice. Dacă, de exemplu, indivizii exercitând profesiuni libere se complac mai mult în starea de celibat, cauza o constitue în parte un factor psihologic : tendinţa la viaţă rafinată şi comodă. Dar mai mult decât de acest element, căsătoria este influenţată de situaţia economică corespunzătoare profesiunii. Această situaţiune este atât de determinantă, încât influenţează şi nupţialitatea copiilor : o profesiune remuneratoare şi stabilă a părinţilor încurajează pe copii la căsătorie mai precoce, cu atât mai mult cu cât aceşti copii nu au încă, în general, o situaţiune profesională stabilă şi economiceşte satisfăcătoare în momentul căsătoriei.

Documentarea acestor afirmaţiuni este furnizată de următorul tabel statistic, alcătuit de *Corrado Gini*, relativ la situaţia din Italia (48) :

DIN 100 COPII DE FAMILII NUMEROASE, AJUNŞI LA 35 ANI, AU FOST CĂSĂTORIŢI (PE SEXE ŞI DUPĂ PROFESIUNEA CAPULUI FAMILIEI)

Categoria profesională a părinţilor	*Din 100 copii ajunşi la 35 ani s'au căsătorit*		
	Bărbaţi	*Femei*	*Total*
Agricultori de orice categorie	77.0	80.3	78.6
Lucrători la transporturi şi similare	75.4	76.4	75.9
Muncitori	74.8	74.3	74.6
Oameni de serviciu şi munci grele	72.1	73.3	72.7
Vânzători şi agenţi de comerţ	71.1	71 5	71.3
Personal subaltern (stat şi autorităţi)	71.8	69.5	70.2
Proprietari şi rentieri	67.7	69.3	68.5
Armată, marină, aeronautică	67.7	69.3	68.5
Industriaşi şi comercianţi	65.5	66.6	66.1
Ofiţeri, impiegaţi, pensionari	68.1	61.6	64.9
Fără profesie	61.0	62.3	61.6
Profesiuni libere, arte, culte	62.4	53.8	58.0

Acest tabel permite mai multe concluzii. In primul rând se constată un procent ridicat al căsătoriţilor printre copiii de agricultori. Explicaţia : stabilitatea profesională a părinţilor, ca şi amintita împrejurare, că ruralul se consideră mai de tânăr maturizat pentru a suporta sarcinile unei căsnicii. In mod logic, cele mai ridicate procente de căsătoriţi ar trebui să fie la copiii proprietarilor, industriaşilor şi profesioniştilor liberi, dar aci intervine factorul psihologic care a fost menţionat şi care provoacă denatalitatea.

3. *Divorţurile*

Divorţul este un fenomen demografic negativ, cu repercutări biologice şi sociale defavorabile. Diverşi factori determină acest fenomen.

Există un anumit raport între procentul divorţurilor şi *religie* : în general divorţurile sunt mai rare la catolici decât la protestanţi, ortodoxi şi mozaici (49).

Divorţurile sunt în funcţie şi de *mediu*. In mediul urban şi mai ales în capitalele ţărilor sunt, în general, de 2—4 ori mai frecvente divorţurile decât în cel rural (49).

Situaţia numerică comparativă a divorţurilor pentru un număr de ţări, în răstimpul ultimului deceniu, se vede din tabloul următor :

Ţări	*Ani.*	*Divorţuri la 100 căsătorii*
Statele Unite	1932	16,3
Franţa	1936	7.9
Ungaria	1936	7,4
Cehoslovacia	1935	6,3
România	1936	6,2
Jugoslavia	1935	5,0
Bulgaria	1933-1936	3,4
Olanda	1935	1,8

Scanned with OKEN Scanner

Cel mai mare procent îl dau Statele Unite cu 16,3 divorţuri la 100 căsătorii, iar în Europa, Franţa, cu 7,9%.

S'a preconizat, considerând deficienţa demografică provocată de divorţuri, ca măsură de profilaxie a fenomenului, selecţia candidaţilor la căsătorie, după criteriul social, cel psihologic şi mai cu seamă cel biologic, prin examenul medical prenupţial.

După unii, s'ar părea că divorţul nu are asupra copiilor înrîurirea dezastruoasă care i se atribue. Se susţine că „ceeace face nenorocirea copiilor nu „este desfacerea legală a căsătoriei, ci desfacerea de fapt exprimată prin dis„cordie, ură între soţi, maltratări şi crime, la care copiii sunt martori şi adesea victime" (50)

4. *Natalitatea*

Cercetarea natalităţii este mijlocul cel mai precis de măsurare a vitalităţii naţiunii ; urmărită pe epoci mai îndelungate, natalitatea ne permite să deducem tendinţa spre care se îndrumă însăşi biologia naţiunii.

Puterea de reproducere a populaţiei se calculează în mod obişnuit după natalitatea generală. Metoda aceasta nu ne dă însă o expresiune exactă a forţei de reproducere ; deaceea se mai înregistrează azi încă două fenomene demografice : fecunditatea femeilor şi fertilitatea generală.

Fecunditatea exprimă numeric capacitatea femeilor din grupa de vârstă 15—45 ani de a avea sarcină trecută de 2 luni, indiferent de evoluţia ulterioară a acestor sarcini. *Fertilitatea generală* redă proporţia femeilor de 15—45 ani care au născut copii vii. Fecunditatea şi fertilitatea sunt elemente cari reprezintă vitalitatea naţiunii în mod destul de concludent.

Raportul cifrei născuţilor în decurs de un an, la numărul femeilor aflătoare în perioadă de procreare, în colectivitatea respectivă, ne dă „cifra de prolificitate".

Există o cifră de *prolificitate generală*, reprezentând cifra totală a născuţilor la 1000 femei în vârstă de 15—45 ani. Apoi: o *prolificitate legitimă*, adică numărul născuţilor legitimi raportat la 1000 femei căsătorite care n'au atins încă vârsta de 45 ani ; o *prolificitate nelegitimă*, redând cifra de născuţi nelegitimi la 1000 femei necăsătorite cu vârsta între 15—45 ani ; în fine, *cifre specifice de prolificitate*, calculate pe mici grupe de vârstă, din 5 în 5 ani sau chiar din an în an.

Revenind la problema *natalităţii*, concluzii interesante putem deduce din tabelul de mai jos, în care este înfăţişată evoluţia natalităţii cu începere dela mijlocul secolului trecut :

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

NATALITATEA IN DIVERSE ȚĂRI (Proporția la 1000 locuitori)

	ȚĂRILE	MEDII DECENIALE										Coeficientul de scădere	Timpul în care s'a produs	MEDII ANUALE															
		1841—1850	1851—1860	1861—1870	1871—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1931—1938			1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
ȚĂRI EUROPENE	Ang. și Ț. Gal.	32.6	34.1	35.2	35.4	32.4	29.9	27.2	21.8	18.8	15.7	4.2	15	19.7	18.8	18.8	17.8	16.6	16 7	16.5	16.8	16 3	17,0	16.0	15.2	15.2	15.3	15.3	15.5
	Belgia	30.9	30.3	32 0	32.3	30.2	29.0	26.1	22.8	19.5	16.2	4.8	15	20.4	19.9	19.7	19.0	18.3	18 4	18.2	18.7	18.2	17.6	16.6	16.0	15.4	15.1	15 3	15.6
	Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	—	36.5	27.3	17.4	14	37.7	39.8	36.9	37.4	33.1	32.9	30.1	30.6	29.4	31 4	29.2	30.0	26.3	25.7	24.0	22.4
	Cehoslovacia	—	—	—	—	—	—	—	—	25.2	18.8	9.7	15	27.3	25.8	25.1	24 6	23.3	23 3	22.4	22.7	21.5	21,0	19.2	18.7	17.9	17,4	17.2	17.6
	Danemarca	30.5	32.5	30.7	31.4	32.0	30.2	28.6	26.1	20.8	17.7	4.2	15	22.3	21 8	21.0	20.5	19 6	19.6	18.6	18.7	16.7	18.0	17.3	17.8	17.7	17.8	18.0	18.1
	Elveția	—	—	—	30.8	28.1	28,1	26.9	23.5	18.5	16.0	4.2	15	19.4	18 9	18.5	18.3	17.5	17.4	17.1	17.3	16.7	16.7	16 4	16.2	16.0	15.6	15 0	15.2
	Franța	27.4	26 3	26.3	25.4	23.9	22.2	20.6	18.7	18.7	15.8	4.0	13	18.8	18.6	19.0	18.9	18.3	18.3	17.9	18.0	17.4	17.3	16.2	16.1	15.2	15.0	14.7	14.6
	Germania	36.1	35.3	37.2	39.1	36.8	36.1	32.9	27,8	20.3	17.5	1.3	15	21.0	20.5	20.7	19.5	18.4	18.6	17.9	17.5	16 0	15.1	14.7	18.0	18.9	19.0	18.8	19.7
	Grecia	—	—	—	—	—	—	—	—	26.6	28.8	4.5	7	19.9	21.1	26.9	30.7	29.3	30.5	28.7	30.9	30.4	28 5	28.8	31.2	28.3	28.1	26.4	—
	Italia	—	—	—	36.9	37.8	34,9	32.7	31.7	26.8	23.3	5.4	15	29.0	—	—	27.2	27.0	26.1	25.6	26.7	24.9	23.7	23.4	23 3	22.2	22,4	22,9	23 6
	Iugoslavia	—	—	—	—	—	—	—	—	34.3	30.8	7.3	12	1921—925=35.0			1926—1930=34.2					33.6	32.8	31.4	31.4	29.8	28.9	27.7	—
	Norvegia	30.7	32.9	30.9	31.0	30.9	30.3	27,4	25.5	19.2	15.3	6.7	15	22.5	21.1	19.5	19.3	17.8	17.7	17.3	17.4	16.7	16.0	14.8	14.6	14.6	14.8	15.3	15.8
	Olanda	33.0	33.3	35.8	36.2	34.2	32.5	30.5	28.0	23.7	20.8	5.3	15	26.1	25.2	24.2	23.8	23.1	23.3	22.8	23.0	22.2	22.0	20.8	20.7	20.2	20.1	19.8	20.8
	Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	33 6	26 7	11.6	15	36.0	35.0	35.7	33.6	32,1	32.6	32,3	32.4	30.2	28.7	26.5	26.5	26.1	26.2	24 9	24.4
	România	—	—	33.0	35.0	41.4	40.6	39.8	43.0	35.0	32.0	8,3	14	37.6	37.9	36,3	35.9	35.2	35.9	34.0	35.0	33.4	35 9	32.0	32.4	30.7	31.5	30.8	29.6
	Spania	—	—	37 9	36.2	36.2	34.8	34.4	30.8	28 9	25.5	5.4	12	30.6	30.0	29.4	30.0	28.5	29.7	28.1	28.2	28 3	28.0	27.8	26.2	25.2	—	—	—
	Suedia	31.1	32.8	31.4	30.5	29.1	27.1	25.3	22.1	17.5	14.2	4.0	15	18.9	18.1	17.6	16.8	16.9	16.0	15.1	15.4	14.8	14,5	13.7	13 7	13.8	14.2	14.3	14.9
	Ungaria	—	—	41.6	43.4	44.0	40.6	37.0	35.1	26 1	21.5	9.7	15	29.2	26.8	28.3	27.3	25 7	26.2	25.0	25.4	23.7	23.4	22.0	21.9	21.2	20.0	20.2	19.5
Țări extraeuroп.	Australia	—	—	—	—	—	—	—	—	22.5	17.1	6.3	15	23.8	23.2	22.9	22.0	21.7	21.3	20.2	19.9	18.2	16.9	16.8	16.4	16.6	17.1	17.4	17.5
	Egipt	—	—	—	—	—	—	—	—	43.7	43.5	2.2	7	43.0	43,3	42.8	43.2	44.0	43 3	45.4	45.7	44.8	42.9	44.1	42.6	41.9	44.3	43.5	—
	Japonia	—	—	—	—	—	—	—	—	34.0	31.2	4.0	12	1921—925=34.6			1926—1930=33.5					32.2	32.9	31.5	29.9	31.6	29.9	30.6	—
	Statele-Unite	—	—	—	—	—	—	—	—	21.1	17.2	4.6	12	1921—925=22.5			1926—193 =19.7					18.0	17.4	16.6	17.1	16.9	16.7	17.0	17.9
	Zelanda	—	—	—	—	—	—	—	—	22.0	17.0	4.2	12	1921—925=22,2			19.5	19.7	19.6	19.0	18.8	18.4	17.1	16.6	16.5	16.2	16,2	17.3	18.0

NOTĂ: Coeficientul scăderii s'a obținut prin deducerea coeficientului de natalitate din ultimul an (1938), din cel mai ridicat coeficient de natalitate a perioadei 1923—1938.

Natalitatea ne este redată pe epoci deceniale (1841—1850, 1851—1860, 1861—1870, 1871—1880, 1881—1890, 1891—1900, 1901—1910, 1911—1920, 1921—1930, iar ultima perioadă cuprinde anii 1931—1938). Tabloul îngădue principial calcularea *coeficientului de reducere* a natalităţii, luând ca termen de comparaţie: deoparte natalitatea din răstimpul ultimilor ani (1931—1938), iar de cealaltă parte natalitatea cea mai ridicată din întreaga perioadă la care ne-am referit.

Practic însă, deoarece numai pentru un mic număr de ţări există date cari merg până spre deceniul 1841—50 (deci date cari să ne îngădue o sesizare — în scop de comparaţie — a întregei perioade de un secol), ne-am mulţumit să uniformizăm în tabel coeficientul de scădere, luând termenii de comparaţie ai unei perioade mult mai limitate (pentru care avem date din *toate* ţările) şi anume : deoparte anul 1938 şi de cealaltă parte coeficientul cel mai ridicat al perioadei 1923—1938.

Evident că natalitatea e supusă unei serii de fluctuaţiuni. Variaţiunea ei depinde de : anotimpuri, starea civilă a părinţilor, compoziţia populaţiei pe grupe de vârstă, apoi de religie, neam, profesiunea părinţilor.

Cifra natalităţii este influenţată şi de procentul *naşterilor multiple* (gemelare, etc.), fenomen depinzând în parte de un determinant rasial. Intr'adevăr, pentru fiecare 1000 naşteri, proporţia naşterilor multiple ar fi : în Croaţia 14,6, Ungaria 13,0, Germania 12,4, Serbia 13,3, Franţa 9,8, iar în România, în anul 1936, au fost 1,6 naşteri multiple la 1000 naşteri ; 98,8% din naşterile multiple erau cu 2 copii şi 1,2% cu 3 copii. In ţările latine ar fi deci mai puţine naşteri multiple.

Naşterile sunt în funcţie de anumite *epoci ale anului*. S'a observat astfel că cele mai multe naşteri legitime survin în lunile Septembrie, Ianuarie, Februarie şi Martie, adică cele mai numeroase concepţiuni au loc în Decembrie, Aprilie, Mai şi Iunie. In ce priveşte naşterile nelegitime, cele mai numeroase ar avea loc din Noembrie până în Mai, cu alte cuvinte cele mai multe concepţiuni nelegitime ar avea loc între Februarie şi August.

Un oarecare interes prezintă şi problema *repartiţiei după sex* a noilor născuţi, într'o populaţie dată. S'a constatat, încă dela *Graunt* şi *Süssmilch*, indiferent de perioada istorică şi de loc, că revin 106 băeţi la 100 fete, iar în ce priveşte raportul numeric al concepţiilor ar reveni 130 concepţii de băeţi pentru 100 concepţii de fete. Ar exista deci o predominare numerică permanentă a natalităţii copiilor de sex masculin. O interpretare ştiinţifică a acestui fenomen nu s'a putut încă da.

Scanned with OKEN Scanner

In general, şi la toate ţările, natalitatea are *tendinţă la descreştere,* faţă de trecut. Gradul descreşterii variază însă după ţări.

Dacă se consideră perioada dela mijlocul secolului trecut şi până azi, descreşteri mai mari se înregistrează în ţările următoare:

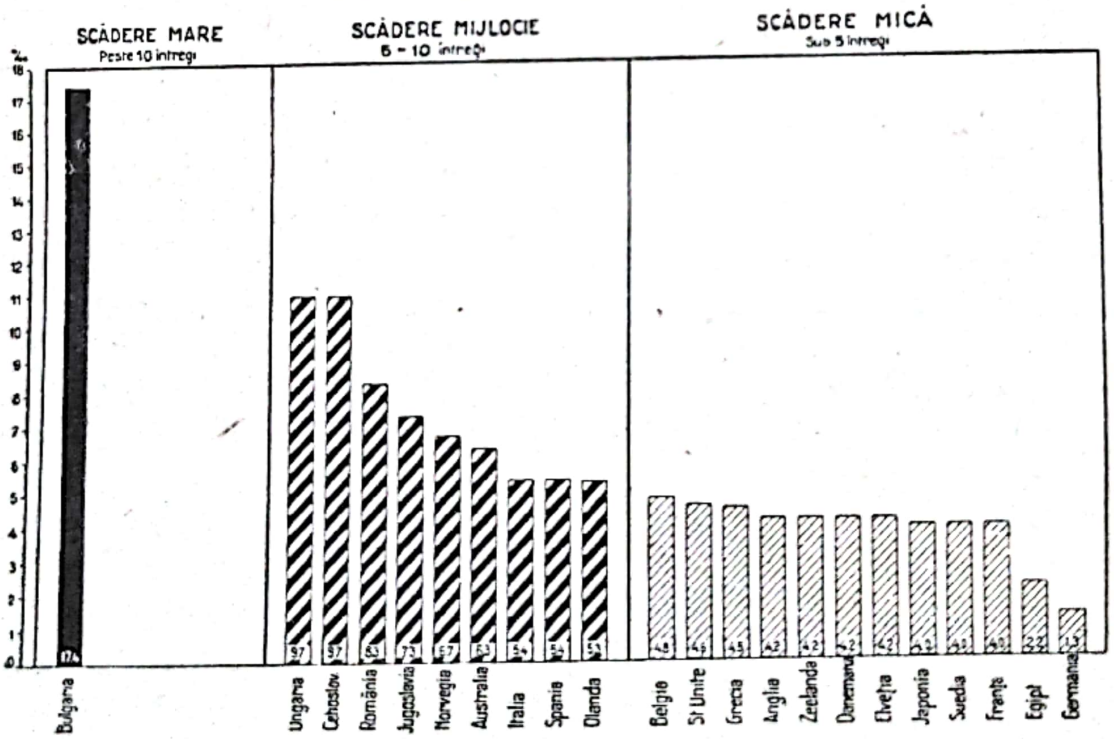
Germania	dela	37,2	la	mia	loc.	în	per.	1861—1870	la	14,7	la	mie	în	anul	1938
Belgia	„	32,2	„	„		„		1871—1880	„	15,1	„		„		1936
Olanda	„	36,2	„	„		„		1871 – 1880	„	15,9	„		„		1937
Ungaria	„	44,0	„	„		„		1881—1890	„	19,5	„		„		1938
Italia	„	37.8	„	„		„		1881—1890	„	22,2	„		„		1937

iar descreşteri mai mici în următoarele ţări:

România	dela	43,0	la	mie	în	anul	1911	la	29,6	la	mie	în	anul	1938
Spania	„	37,9	„		„		1871	„	25,2	„		„		1935

Intervalul de timp în care s'a produs denatalitatea nu este acelaş pentru toate ţările. Acuitatea tendinţei la scăderea natalităţii este funcţie în special de factori sociali. Graficul de mai jos arată proporţia scăderii, după cum a fost mare, mijlocie sau mică, de astă dată însă numai pentru intervalul 1923—1938, iar graficul dela pag. 243 arată caracterul scăderii, după unghiul determinat de linia tendinţii natalităţii cu axa indicând scara proporţiilor. Cu cât unghiul este mai ascuţit, ascuitatea tendinţei la denatalitate este mai mare, şi invers.

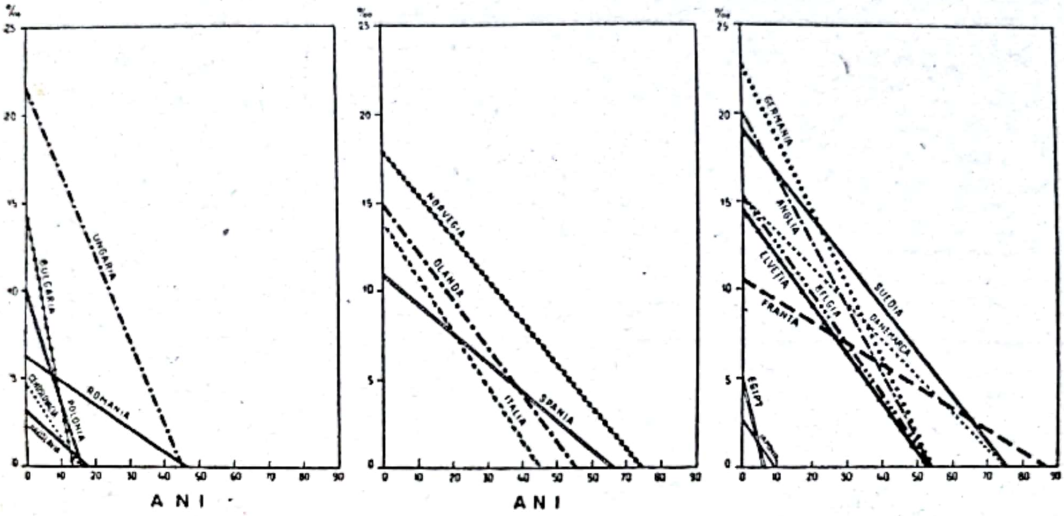
NATALITATEA : SCĂDEREA IN INTREGI A COEFICIENTULUI DE NATALITATE
(LA 1000 LOC. PERIOADA 1923—1938)



Se poate afirma, după datele din tablou şi grafice, că scăderea natalităţii în ultimul timp se face într'un ritm cu atât mai lent cu cât

țările sunt mai evoluate ca organizare socială și cultură. Dimpotrivă, în țările care nu și-au stabilizat încă un cadru de organizare social-economică și culturală, scăderea natalității se afirmă cu brutalitate. In aceste țări, intervenția ocrotitoare și preventivă a statului, precum și nivelul de educație a masselor, sunt deficiente. In țările agricole de exemplu, sub presiunea greutăților de viață, denatalitatea se instalea-

NATALITATEA: RITMUL SCĂDERII NATALITĂȚII (COEFICIENȚI LA 1000 LOC.)



ză violent (exemplul unor regiuni ale României în ultimul timp), iar măsuri de redresare demografică se impun urgent.

5. *Fertilitatea*

Reamintim că se înțelege prin fertilitate, raportul dintre numărul nașterilor într'o colectivitate și mia de femei din grupa de vârstă 15—45 ani, ale aceleiași colectivități.

Fertilitatea globală și fertilitatea specifică (după grupe de vârstă) variază după țări. In timp ce la unele fertilitatea este foarte mare (media 3910), la altele este mediocră, variind între 2015 și 2174.

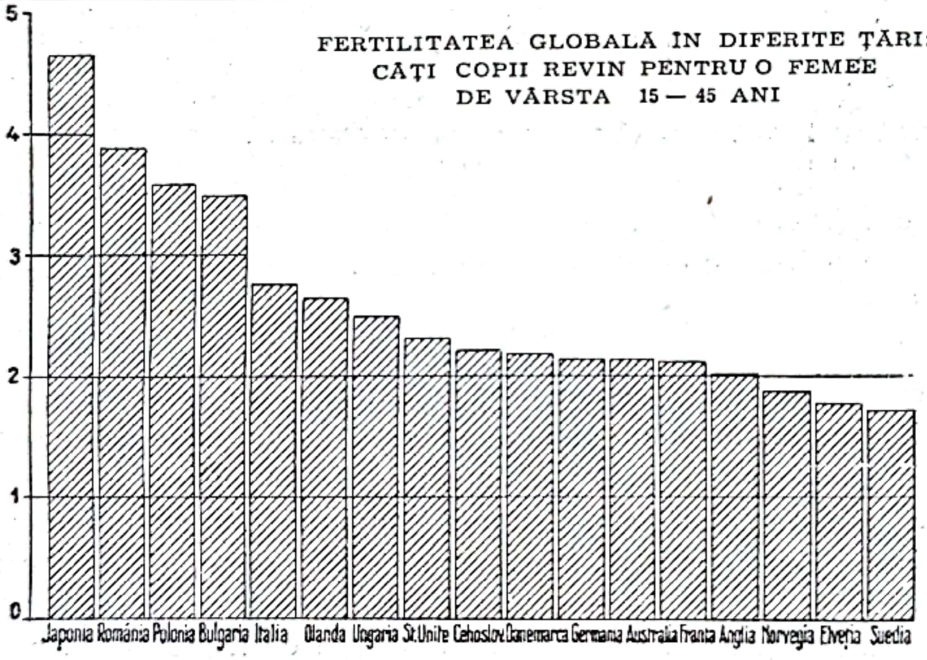
Asigurarea reproducției fiind în funcție de nașterile de copii de sex feminin, în demografie se stabilește și raportul dintre nașterile feminine și totalul nașterilor ; acest raport ia denumirea de *indice de reproducție.*

Tabloul și graficele dela pag. 244 ne arată fertilitatea specifică pe țări, după grupe de vârstă și indicele de reproducție.

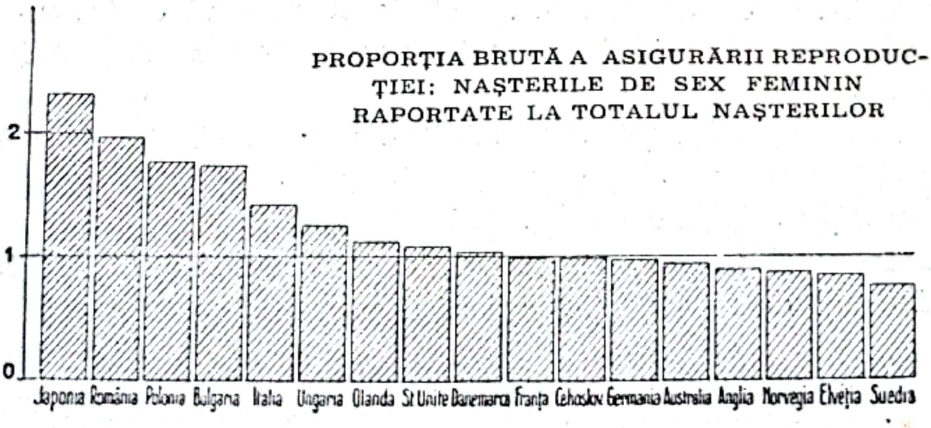
Din analiza tabloului și graficelor reese că fertilitatea variază nu numai dela țară la țară, dar și în interiorul grupei de vârstă 15—45 ani ; indicele de reproducție variază deasemeni.

FERTILITATEA SPECIFICĂ PE GRUPE DE VÂRSTĂ ŞI INDICELE DE REPRODUCŢIE ÎN DIFERITE ŢĂRI (PROPORŢIA LA 1000 FEMEI DIN GRUPA RESPECTIVĂ)

ŢĂRILE	GRUPE DE VÂRSTĂ							Fertilitatea globală	Indice de reproducţie	Anul p. care s'a calculat
	20	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49			
Anglia	12.0	77.0	112.0	94.0	61.0	24.0	—	1920	937	1931
Bulgaria . . .	52.6	199.0	193 2	128.6	78.6	36.4	11.8	3501	1696	1934-35
Cehoslovacia .	28.6	115,6	122.9	85.4	52.7	20.8	2.2	2142	1039	193
Danemarca .	22.9	106.5	126 4	93.2	55.6	21.1	1.6	2137	1042	1934
Elveţia . . .	7.0	65.6	111.0	92.2	54.1	18 9	1.7	1752	856	1936
Franţa . . .	27.4	123.6	118.9	78.5	43.2	15.6	1.4	2045	1003	1937
Germania . .	27.5	109.0	127.4	87,1	49.8	10.8	1.1	2081	979	1934
Italia	19.9	84.5	160.4	138.1	103.7	47.0	5.0	2793	1361	1935
Norvegia . .	8.0	62.5	103.0	90.8	63.7	30.8	4.6	1817	883	1936
Olanda . . .	10.7	81.7	146.3	137.0	96 5	42 8	4.2	2591	1256	1936
Polonia . . .	24.7	145.3	189.3	164.0	117.8	53.4	10.4	3525	1705	1931-32
România . . .	6.8	191 6	232.9	164.4	132.8	49.5	1.0	3910	1900	1935
Suedia . . .	17.2	76.4	90.9	77.4	52.2	22.5	2.5	1696	808	1935
Ungaria . . .	31.2	143 8	132.4	91.2	60.2	22.9	2.2	2420	1171	1936
Australia . .	24.6	100.0	121.9	94 4	57.4	21.6	2.3	2111	1032	1935
Japonia . . .	31.5	200.2	248.6	217.0	163.1	71.6	10.3	4712	2295	1930
Statele-Unite	43.3	123.1	120.1	88.2	56.1	21.9	2.3	2277	1106	1929-31



FERTILITATEA GLOBALĂ ÎN DIFERITE ŢĂRI: CÂŢI COPII REVIN PENTRU O FEMEE DE VÂRSTA 15 — 45 ANI



PROPORŢIA BRUTĂ A ASIGURĂRII REPRODUCŢIEI: NAŞTERILE DE SEX FEMININ RAPORTATE LA TOTALUL NAŞTERILOR

6. *Mortalitatea*

Mortalitatea este un fenomen demografic important, care caracterizează biologia şi gradul de evoluţie medicală şi socială a popoarelor. Examinând retrospectiv, pentru o lungă perioadă, evoluţia mortalităţii, vom avea în bună parte caracterizarea ţărilor respective pe scara progresului.

Tabloul numeric dela pag. 246 ne permite două serii de concluzii, după cum luăm în considerare scăderea mortalităţii de-alungul întregului răstimp 1841—1938, sau ne limităm — ca şi la natalitate — din cauza lipsei de date pe acest lung timp pentru toate ţările, numai la perioada 1923—1938.

Coeficientul de scădere a mortalităţii pentru ţările *care au date cu începere din 1841,* ţări evoluate, este foarte important. Intr'adevăr:

pentru	Anglia,	mortalitatea	a	scăzut	dela	22,4	0/00	în	1841-50	la	12,4	în 1931-38
„	Belgia	„	„	„	„	24,3	0/00	„	„	„	12,8	„ „ „
„	Danemarca	„	„	„	„	20,4	0/00	„	„	„	10,8	„ „ „
„	Franţa	„	„	„	„	23,3	0/00	„	„	„	15,6	„ „ „
„	Germania	„	„	„	„	26,8	0/00	„	„	„	11,4	„ „ „
„	Norvegia	„	„	„	„	18,1	0/00	„	„	„	10,3	„ „ „
„	Suedia	„	„	„	„	20,6	0/00	„	„	„	11.7	„ „ „
„	Olanda	„	„	„	„	26,2	0/00	„	„	„	8,8	„ „ „

Scăderea coeficientului de mortalitate este impresionantă pentru unele ţări, de exemplu pentru Olanda şi Germania.

Dacă luăm acum în considerare coeficientul de scădere în acele ţări, mai puţin evoluate, pentru care există date general comparabile *numai în interiorul perioadei 1923—1938,* tabelul ne îndrituieşte la unele concluzii interesante: ţările agricole au prezentat în acest timp un coeficient de reducere a mortalităţii mult mai important decât ţările industriale. Astfel, într'un interval de 15 ani mortalitatea a scăzut în Bulgaria cu 7,8, în România într'un interval de 14 ani a scăzut cu 4,1, în Iugoslavia în 12 ani cu 4,4, pe când în Germania a scăzut în 15 ani numai cu 2,2, în Elveţia în 14 ani cu 1,0 şi în Danemarca în 15 ani cu 1,0. Explicaţia este următoarea: în ţările din acest ultim grup, ţări cu o evoluată organizare, mortalitatea ajunsese oricum, încă din deceniile precedente, la un nivel foarte scăzut, aproape de un prag minimal, aşa încât este firesc ca descreşterea să nu mai fi putut depăşi anumite limite. Pentru ţările agricole, dimpotrivă, deabia în ultimul timp se manifestă parţial acţiunea unei mai bune organizări, iar cu toate scăderile de mortalitate relativ importante, coeficienţii rămân încă ridicaţi pe planul comparaţiei internaţionale.

Din punct de vedere static, tabloul dela pag. 247 redă ordinea descrescândă a ţărilor după proporţiile de mortalitate *în anul 1939.*

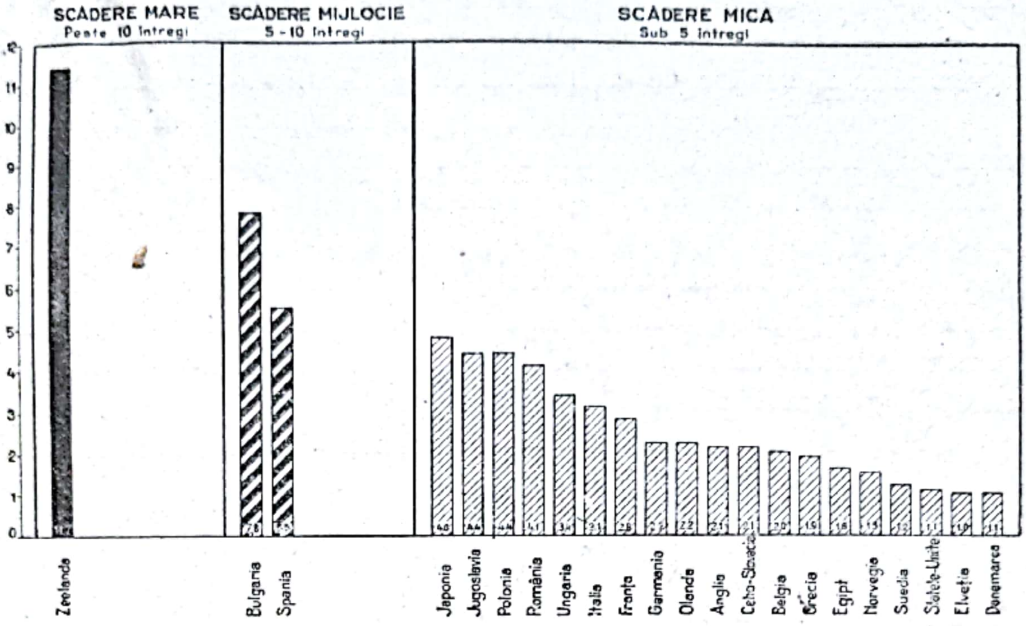
Scanned with OKEN Scanner

MORTALITATEA IN DIVERSE ȚĂRI (Proporția la 1000 locuitori)

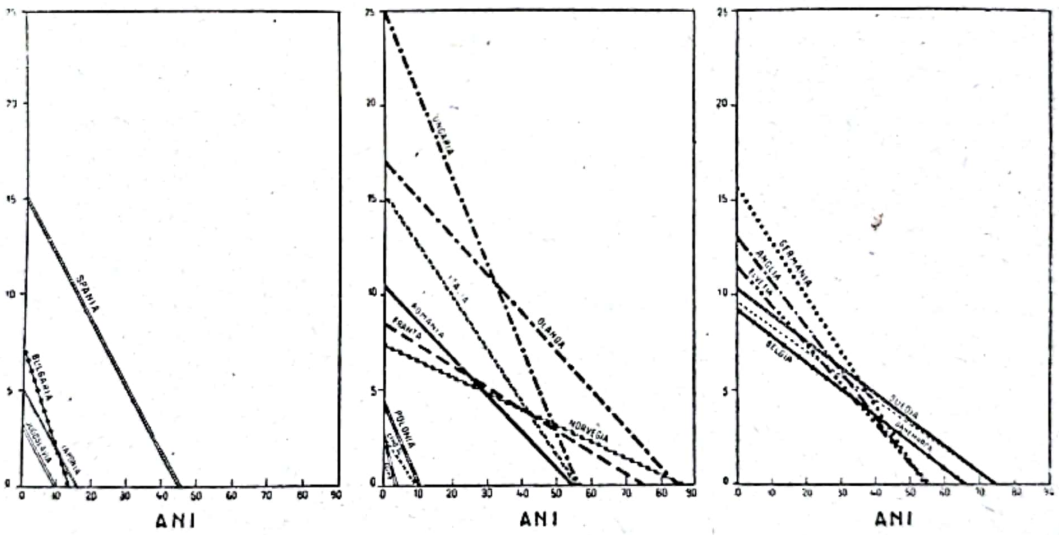
	ȚĂRILE	MEDII DECENIALE										Coeficientul de scădere	Timpul în care s'a produs	MEDII ANUALE														
		1841—1850	1851—1860	1861—1870	1871—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1931—1938			1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
ȚĂRI EUROPENE	Ang. și Ț. Gal.	22.4	22.2	25.5	21,4	19.1	18.2	15.4	14.3	12 3	12.4	2.1	9	11.6	12.2	12.2	11.6	12.3	11.7	13.9	11.7	12.9	12.7	12.5	12.0	12.0	12.3	12.6	11.8
	Belgia	24.3	22,-	24.4	22.5	20.5	19.2	16.5	15.5	13.6	12.8	2.0	9	13.2	13,0	13.1	13.3	13.5	13.2	15 0	13.3	—	—	13.2	12.2	12.8	12.2	13.1	13.0
	Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	—	19.3	14.8	7.8	15	21.2	20.7	19.2	17.2	20.3	17.5	17.8	15.8	16.9	16.3	15.5	13.9	14.5	14.1	13.5	13.4
	Cehoslovacia	—	—	—	—	—	—	—	—	15.7	13.6	2,1	12	15,0	15.3	15.2	15.6	16.0	15.1	15.5	14,1	14.1	14.1	13.7	13.2	13.5	13.3	13.3	13.5
	Danemarca	20.4	20.6	19.9	19.4	18.6	17.5	14.3	13.0	11.2	10.8	1.0	15	11.3	11.2	10.8	11.0	11.6	11.0	11.2	10.8	11.4	11.0	10.6	10.4	11.0	11.0	10.8	10 3
	Elveția	-	—	—	23.5	20.9	18.8	16.8	14.7	12.3	11.7	1.0	14	11.8	12.6	12.2	11.8	12,4	12,0	12.5	11.6	12.1	12-1	11.4	11.3	12.1	11.4	11.3	11.6
	Franța	23.3	23.9	23.6	23.7	22.1	21.5	19.4	18 3	17.0	15.6	2.8	9	16.0	16.7	17.4	17.6	16.7	16.7	18,2	15.6	16.3	15.8	15.8	15.1	15.7	15.3	15.0	15.4
	Germania	26.8	26,4	26.9	27.2	25.1	22.1	18.7	16.0	12 2	11.4	2.2	15	13.9	12.2	11.9	11.7	12.0	11.6	12.6	11.1	11.2	10.8	11.2	10.9	11.8	11.8	11 7	11.7
	Grecia	-	—	—	—	—	—	—	—	16.5	16.6	1.9	5	17.8	16.9	15.2	14.2	16.6	17.0	18.2	16.2	17,8	18.1	18.0	16.9	15.0	14.9	15,2	—
	Italia	—	—	—	29.9	27.1	24.2	21.6	19 5	16.6	14.0	3.1	15	17.0	—	—	16-9	15.8	15.6	16.5	14.0	14.8	14.6	13.7	13.3	13.9	13.5	14.2	13.9
	Jugoslavia	—	—	—	—	—	—	—	—	20.1	17.4	4.4	12	1921—925=20.2,				1926—930=20 0				19.8	19.2	16.9	17.0	16 8	16.0	15.8	—
	Norvegia	18.1	17.1	18.0	17.0	17.0	16.3	14.2	13.3	11.3	10.3	1.5	9	11.5	11.3	11.0	10.8	11.2	10.8	11.5	10.4	10.9	10.6	10.2	9.9	10.2	10.3	10.4	10.0
	Olanda	26.2	25.6	25.1	24.3	21.0	18.4	15.2	13.0	10.0	8.8	2.2	9	10.2	9.8	9.8	9.8	10.2	9.6	10.7	9 1	9.7	9.0	8.8	8.4	8.7	8.7	8 8	8.5
	Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	17.1	14.4	4.4	14	17.5	18.2	16.9	18.1	17.6	16.7	17.0	15.7	15.5	15.0	14.2	14.4	14 0	14.2	14.0	13.8
	România	—	—	26.1	31.3	27.5	29.2	25.8	24.8	22.1	20.2	4.1	14	23.0	23.3	21.7	22.0	22.9	20.2	21.4	19.4	20.9	21.7	18.7	20.7	21.1	19 8	19.3	19.2
	Suedia	20 6	21.8	20.2	18.3	16.9	16.4	14.9	14.3	12.1	11.7	1.2	11	11.4	12.0	11.7	11.3	12.7	12.0	12 2	11.7	12.5	11.6	11.2	11.2	11.7	12.0	12.0	11.5
	Spania	—	—	—	—	31,7	22.5	25.7	22.2	19.1	16 5	5.5	15	20,8	19.8	19.1	19.0	18.9	18.4	17.5	16.8	17.8	17.0	16.4	15.9	15.3	—	—	—
	Ungaria	—	—	33.0	41.1	32.5	29.9	25.7	24.0	18.4	15.2	3.4	11	—	—	—	16.6	17.7	17.0	17.0	15.5	16.6	17.8	14.7	14.5	15.3	14.2	14.2	14.3
Țări extraeurop.	Australia	—	—	—	—	—	—	—	—	9.4	9.2	0.3	15	9.9	9.5	9.2	9.4	9.4	9.4	9.5	8.6	8.7	8.6	8.9	9.3	9.5	9,4	9.4	9 6
	Egipt	—	—	—	—	—	—	—	—	25.8	27.8	1.6	5	25.7	24.6	26.0	26.2	25.2	26.2	27.3	25,0	26.8	28.8	27.8	28.1	26.7	28.9	27.2	—
	Japonia	—	—	—	—	—	—	—	—	20.5	17.7	4.8	12	1921—925=21.8,				1926—930=19.3				19 0	17.7	17.8	18.1	16 8	17.5	17,0	—
	Statele-Unite	—	—	—	—	—	—	—	—	11.8	11.0	1.1	10	1921—925=11.8,				1926—930=11.8				11 1	10.9	10.7	11.0	10,4	11.5	11.2	10.7
	Noua Zelandă	—	—	—	—	—	—	—	—	8 6	8.6	1.7	5	1921—925=8.6,				1926—930=8.6				8.3	8,0	8.0	8.5	8.2	8.7	9.1	9.7

NOTĂ : Coeficientul scăderii s'a obținut prin deducerea coeficientului de mortalitate din ultimul an (1938), din cel mai ridicat coeficient de mortalitate a perioadei 1923—1938.

MORTALITATEA GENERALĂ: SCĂDEREA ÎN ÎNTREGI A COEFICIENTULUI DE MORTALITATE LA 1000 LOC. PERIOADA 1923 — 1938



RITMUL ŞI TENDINŢA SCĂDERII MORTALITĂŢII GENERALE (COEFICIENŢI LA 1000 LOC.)



MORTALITATEA GENERALĂ ÎN ANUL 1939 (PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI)

Ţara	*Mortalitatea*	*Ţara*	*Mortalitatea*
România	18,6	Cehoslovacia	12,8
Franţa	16,7	Germania	12,3
Portugalia	15,5	Anglia	12,1
Austria	15,3	Elveţia	11,7
Jugoslavia	15,0	Suedia	11,5
Finlanda	14,8	Statele Unite	10,6
Irlanda	14,2	Danemarca	10,1
Belgia	13,8	Norvegia	10,1
Ungaria	13,5	Australia	9,9
Italia	13,4	Noua Zelandă	9,8
Bulgaria	13,4	Canada	9,6
Grecia	13,0	Olanda	8,7

Din tabloul precedent rezultă paralelismul care există între coeficientul de mortalitate şi organizările de igienă şi politică socială, în ţările respective. Variaţiunea cifrelor de mortalitate este în concluzie expresiunea factorilor de civilizaţie. In unele ţări scăderea este expresiunea unei vechi culturi şi educaţii (Olanda), iar în altele, relativ recent colonizate, ca Noua Zelandă şi Australia, coeficientul de mortalitate este influenţat de o organizare medico-socială nouă şi aproape perfectă.

Este importantă caracterizarea şi clasificarea ţărilor după *mortalitatea diferenţiată pe vârste*, în special după mortalitatea grupelor de vârstă tinere. Mortalitate sub 20 ani prezintă o importanţă primordială pentru evoluţia biologică a populaţiei diferitelor ţări.

Tabloul de mai jus ne arată că ordinea descrescândă a ţărilor este aproape superpozabilă ordinei dela mortalitatea generală, ceeace însemnează că mortalitatea grupei 0-20 ani influenţează evoluţia demografică a întregei populaţii respective.

MORTALITATEA SPECIFICĂ PE GRUPE DE VÂRSTĂ 0—20 ANI
— PROPORŢIA LA 1000 LOCUITORI DE VÂRSTA RESPECTIVĂ —

Ţările	*anul calculului*	*0—20 ani*	*0—1 ani*	*1—4 ani*	*5—9 ani*	*10—14 ani*	*15—19 ani*
Polonia	1927/28	207.0	174.0	20.4	5.2	3.1	4.3
România	1933	196.8	164.7	20.0	4.9	4.1	3.1
Bulgaria	1933/36	175.0	142.8	20.9	3.9	2.6	4.8
Ungaria	1935	173.4	151.7	13.2	2.8	2.2	3.5
Japonia	1929/31	170.8	1.324	22.5	4.5	3.3	8.1
Cehoslovacia	1930/32	153.1	135.7	9.2	2.9	2.2	3.1
Grecia	1927/29	148.1	101.7	32.2	6.2	3.1	4.9
Italia	1935	123.0	101.1	14.7	2.5	1.6	2.9
Franţa	1930	91.1	76.9	6.7	2.3	2.0	3.2
Belgia	1935	88.3	77.0	4.9	1.8	1.4	2.2
Germania	1935	78.9	68.3	5.0	2.2	1.4	2.0
Statele Unite	1929/31	76.4	64.4	5.7	1.9	1.6	2.8
Danemarca	1934/36	75.2	67.3	3.9	1.3	1.0	1.7
Anglia	1936	69.0	58.3	5.5	2.0	1.2	2.0
Olanda	1930/33	58.1	45.8	4.9	1.5	1.1	1.8
Suedia	1934	55.6	47.0	3.4	1.4	1.4	2.4
Elveţia	1936	55.0	4.4	3.8	1.6	1.2	2.0
Australia	1936	49.2	41.1	3.9	1.4	1.1	1.7
Noua Zelandă	1935/36	37.0	31.1	2.5	1.3	0.8	1.3

Cauzele de deces. Datele internaţionale asupra cauzelor de deces sunt în număr redus şi relativ vechi. Ele privesc numai unele ţări şi se referă numai la principalele cauze. Deaceea, graficele şi tablourile de mai jos se referă la câteva ţări şi la unele din cauzele de deces pentru care există date.

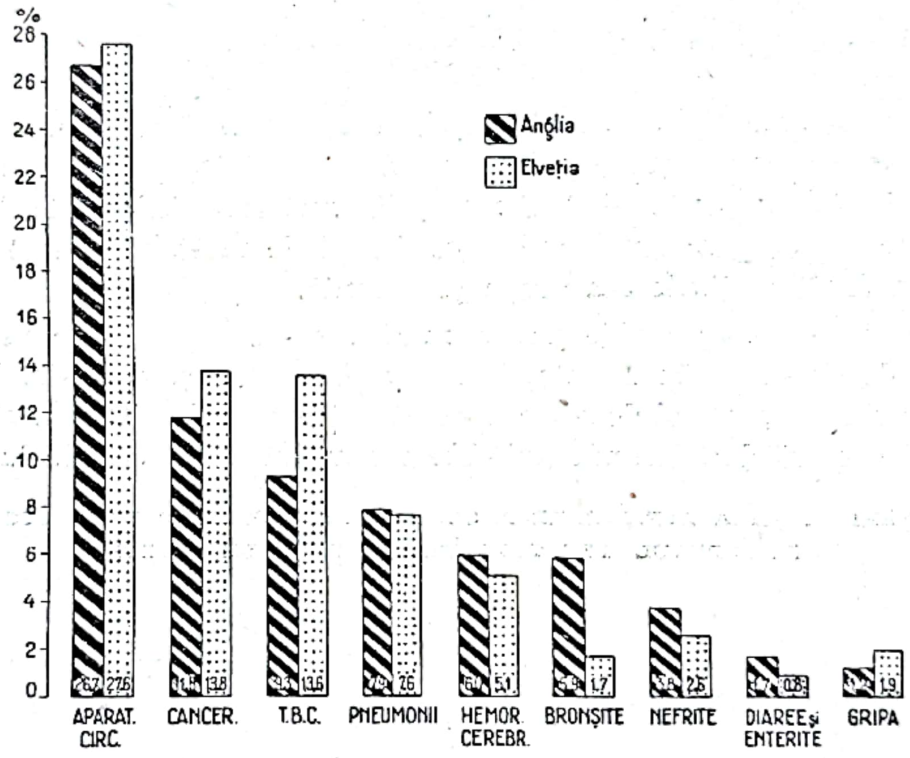
Analizând aceste date privitoare la Anglia, Germania, Franţa, Olanda, Danemarca, Cehoslovacia, Belgia, Elveţia, România, Ungaria

Scanned with OKEN Scanner

PRINCIPALELE CAUZE DE DECES (PROPORȚIA LA 10.000 LOCUITORI)

Cauze de deces	*Anglia*	*Elveția*	*Germania*	*Olanda*	*Danemarca*	*Cehoslov.*	*Belgia*	*Franța*	*România*	*Norvegia*	*Ungaria*
Aparatul circ.	26.7	27.6	19.9	17.1	12.5	18.9	22.0	15.2	13.3	13.6	17.0
Tuberculoză	9.3	13.6	8.8	8.4	7.4	18.0	8.3	16.7	17.6	15.6	22.3
Cancer	11.8	13.8	11.4	12.0	14.4	11.1	9.1	9.7	4.6	11.7	8.8
Pneumonii	7.9	7.6	9.3	8.7	13.1	15.6	9.6	4.4	27.9	8.4	18.4
Hemorag. cerebr.	6.0	5.1	6.5	6.2	6.0	6.0	4.9	9.8	3.5	8.4	7.0
Bronșite	5.9	1.7	—	2.2	1.7	2.9	5.6	3.1	2.3	1.8	1.3
Nefrite	3.8	2.6	3.3	3.8	1.8	2.9	1.9	4.6	5 5	2.9	2.8
Diaree și enter.	1.7	0.8	2.8	1.8	1.7	8.8	4.1	4.5	20.6	0.8	13.3
Gripă	1.2	1.9	1.9	1.9	1.5	—	2.5	1.5	0.9	0.5	—
Difterie	—	—	—	—	—	1.1	—	—	0.5	—	1.4
Cauze externe	—	—	6.9	3.7	4.4	6.8	5.1	6.9	5.2	—	6.7

ȚĂRI CU IDENTITATE ABSOLUTĂ A SUCCESIUNII CAUZELOR DE DECES (PRIMELE 5 CAUZE). PROCENTUL DIN TOTALUL CAUZELOR DE DECES

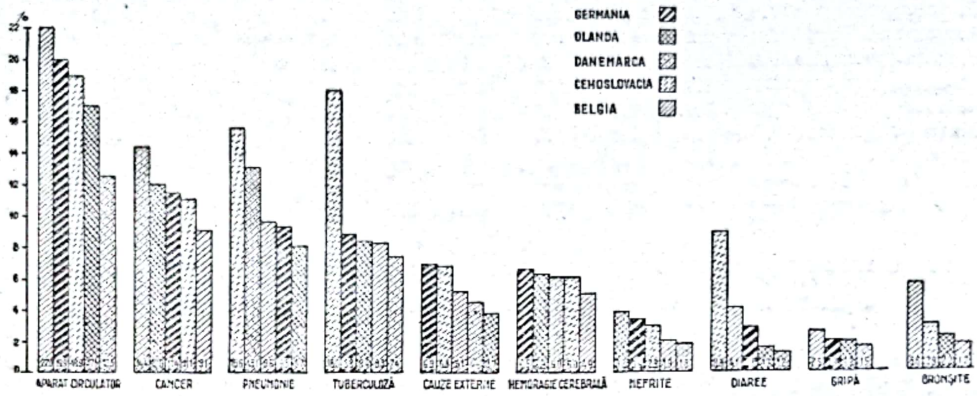


și Norvegia, se constată că unele din aceste țări prezintă o identitate perfectă în succesiunea cauzelor de deces, altele arată o mare asemănare, în fine altele prezintă foarte puțină asemănare a cauzelor.

Astfel, există identitate absolută a succesiunii cauzelor de deces între Anglia și Elveția. Caracteristică este marea mortalitate prin bolile aparatului circulator și una foarte mică prin diaree și gripă. In general, acesta e caracterul statelor evoluate, cu o bună organizație de igienă și socială.

In graficul următor sunt prezentate comparativ țările cu mare asemănare a succesiunii cauzelor de deces.

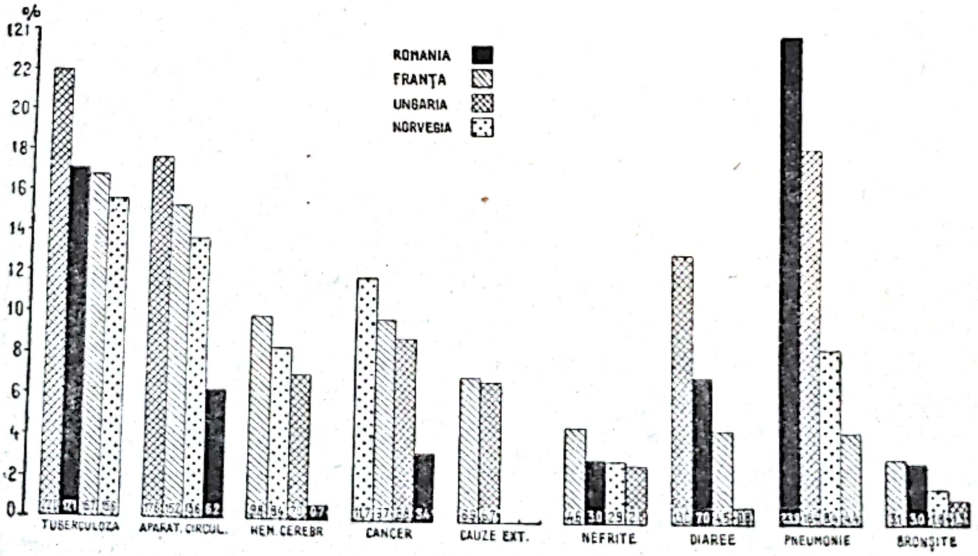
ȚĂRI CU MARE ASEMĂNARE A SUCCESIUNII CAUZELOR DE DECES



Se constată și în această grupă, ce cuprinde Germania, Olanda, Danemarca, Cehoslovacia și Belgia, că mortalitatea prin bolile aparatului circulator este cea mai mare, dar mai redusă decât în Anglia și Elveția; în privința diareii, coeficientul de mortalitate este mai ridicat decât în țările din grupa precedentă.

In sfârșit, un grup de țări cu mică asemănare a succesiunii cauzelor de deces sunt: Franța, România, Norvegia și Ungaria. După cum reese din graficul de mai jos, deastădată cea mai mare mortalitate este provocată de tuberculoză; bolile aparatului circulator vin în rân-

ȚĂRI CU MICĂ ASEMĂNARE A SUCCESIUNII CAUZELOR DE DECES
(PROCENTUL DIN TOTALUL CAUZELOR DE DECES)



dul al doilea, iar cancerul în rândul al 4-lea. Caracteristică pentru acest grup de ţări este proporţia destul de ridicată a deceselor datorite diareilor, consecinţă a organizării medico-sociale încă imperfecte pe alocuri.

Mai rezultă din grafic, ca şi din tabloul numeric precedent, că, în ce priveşte România şi Ungaria, un procent foarte mare de decese sunt datorite pneumoniilor; este însă cert că această rubrică cuprinde cazuri de tuberculoză care au fost diagnosticate greşit.

Sintetizând rezultatele examinării datelor pentru ţările citate, putem conchide: cauzele de deces şi succesiunea lor numerică sunt funcţie de gradul de organizare igienico-sanitară a fiecărei ţări.

7. *Mortalitatea infantilă*

Mortalitatea infantilă reprezintă în general un procent însemnat (30%) din mortalitatea generală.

Mortalitatea infantilă este în descreştere în toate ţările şi în mod mai accentuat în Occident. Coeficientul de descreştere în timp (dela mijlocul secolului trecut) este variabil şi permite împărţirea ţărilor în următoarele 3 categorii:

SCĂDEREA ÎN TIMP A MORTALITĂŢII INFANTILE

Scăderi foarte mari

Germania	dela	23.4%	în 1871—80	la	7.0%	în	1931—38
Olanda	„	20.4	„ „	„	4.2	„	„
Elveţia	„	9.3	„ „	„	4.7	„	„

Scăderi mari

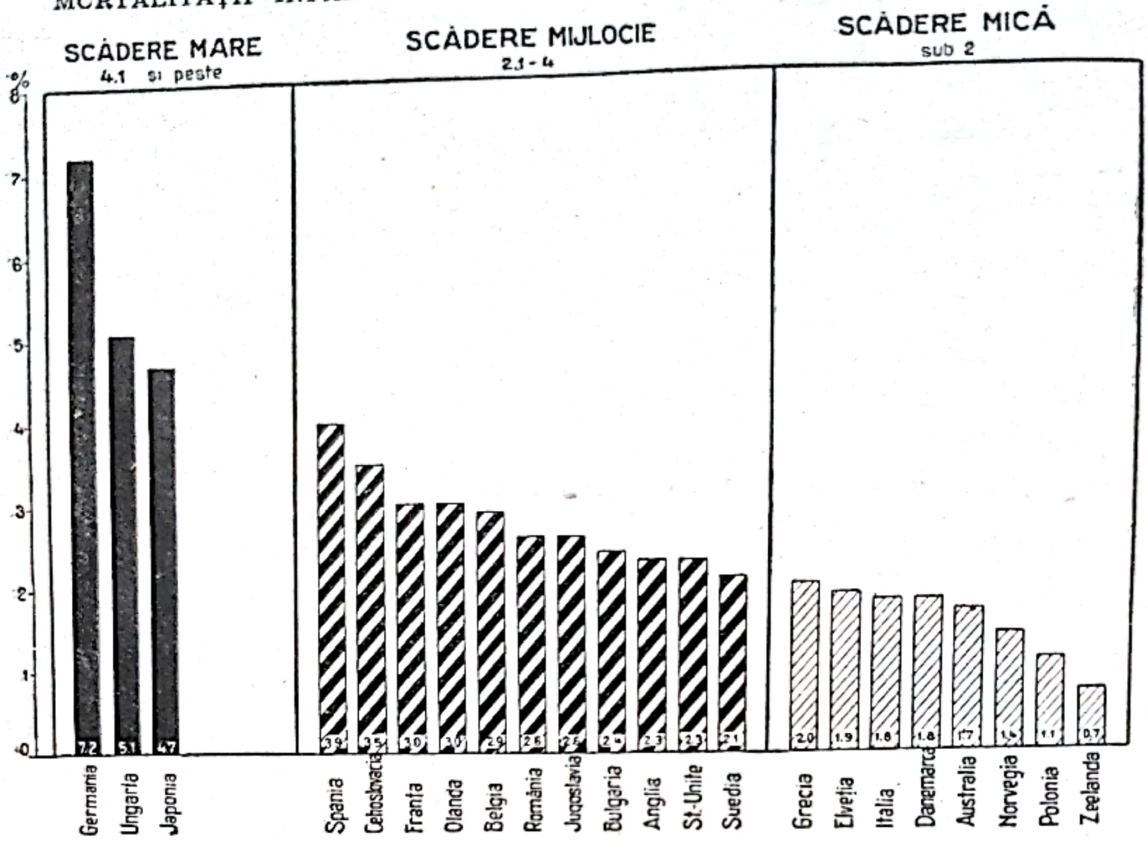
Franţa	dela	17.8%	în 1861-70	la	7.0%	în	1931-8
Italia	„	20.9	„ 1874-80	„	10.5	„	„
Suedia	„	15.3	„ 1841-50	„	4.8	„	„

Scăderi mici

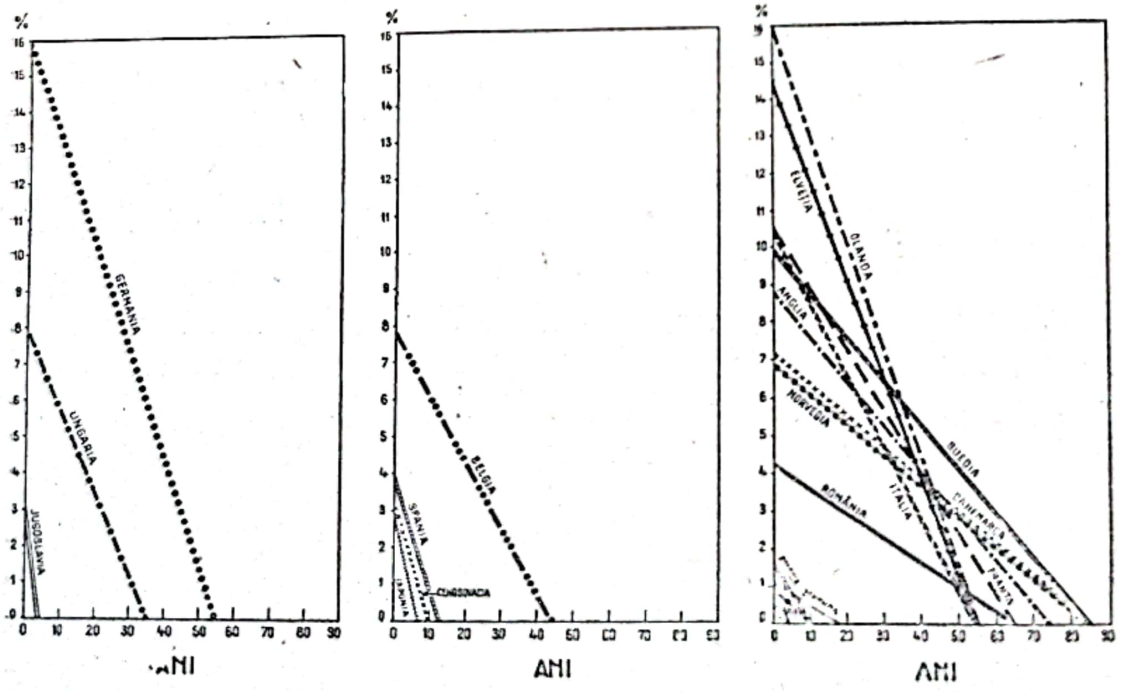
Ungaria	dela	23.5%	în 1861-1870	la	14.9%	în	1931-8
Norvegia	„	11.5%	„ 1841-50	„	4.4%	„	„
România	„	22.5	„ 1861-70	„	18.1%	„	„

Considerând că, întocmai ca pentru natalitate şi pentru mortalitatea generală, numai un mic număr de ţări au date care merg retrospectiv până la 1841, am căutat ca în primul grafic dela pag. 252, ca şi în tabelul dela pag. 253, să obţinem o comparaţie general valabilă pentru toate ţările, referindu-ne în calcularea coeficientului de scădere numai la perioada 1923-1938. Această scădere, obţinută prin deducerea mortalităţii infantile din 1938 din cel mai ridicat procent de mortalitate infantilă a perioadei 1923—1938, variază, precum vedem, între un minim de 0,7 pentru Noua Zelandă şi un maxim de 7,2 pentru Germania. Minimul de 0,7 înregistrat de Noua Zelandă se explică prin faptul că, oricum, în această ţară mortalitatea infantilă ajunsese în prealabil la un prag minimal, aşa încât este firesc ca descreşterea să

MORTALITATEA INFANTILĂ. SCĂDEREA ÎN INTREGI A COEFICIENTULUI MORTALITĂȚII INFANTILE (LA SUTA NĂSCUȚI VII). PERIOADA 1923—1938.



MORTALITATEA INFANTILĂ: RITMUL SCĂDERII MORTALITĂȚII INFANTILE (COEFICIENȚI LA SUTA DE NĂSCUȚI VII ȘI NUMĂRUL DE ANI ÎN CARE S'A PRODUS SCĂDEREA RESPECTIVĂ)



urmeze un ritm lent. In ce privește descreșterea mare în Germania, ea se explică prin faptul că în 1923 (probabil în legătură cu situația economică defavorabilă din acea perioadă) mortalitatea infantilă în acea-

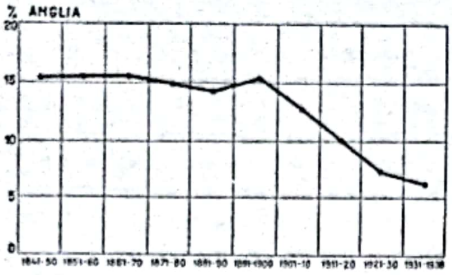
MORTALITATEA INFANTILĂ IN DIVERSE ȚĂRI (Proporția la 100 născuți-vii)

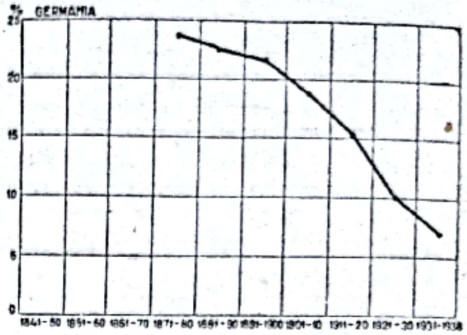
	ȚĂRILE	MEDII DECENIALE										Coeficientul de scădere	Timpul în care s'a produs scăd.	MEDII ANUALE														
		1841—1850	1851—1860	1861—1870	1871—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1931—1938			1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
ȚĂRI EUROPENE	Angl. și Ț. Gal.	15.3	15 4	15.4	14 9	14,2	15 3	12 8	10.0	7.2	6.3	2.3	14	7.1	7.8	7.7	7.2	7.2	6.8	7.6	6.3	6.8	7.0	6.6	6.1	6.0	6.2	6.1	5.5
	Belgia	15.1	15.5	15.4	15 3	16.0	16.0	14.4	14.4	9.8	8.3	2,9	9	9.3	8.9	9.4	9.7	9.2	8.7	10.4	9.3	8 3	8.7	8.5	9.6	7.7	7.9	8 0	7.5
	Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	—	15 2	14.7	2.4	11	16 5	15.0	15.2	12.7	16.8	14.9	15.3	13.8	15 6	15.0	14 6	13 1	15.4	14.4	14.9	14.4
	Cehoslovacia	—	—	—	—	—	—	—	—	15.1	12.8	3.5	10	14.7	14 8	14.8	15.4	15.7	14.6	14.3	13.7	13.4	13.8	12.7	12.8	12 3	12.4	12.2	—
	Danemarca	14.2	13.1	13.5	13.8	13.5	13.6	11.4	9 4	8 3	7.0	1.8	10	8 3	8.5	8.0	8.4	8.4	8.1	8.3	8.0	8.1	7 2	6.8	6.4	7.1	6.7	6.6	—
	Elveția	—	—	—	19.3	16.5	14.9	12 4	9.1	5.6	4.7	1.9	14	6.1	6.2	5.8	5.7	5.7	5.4	5.2	5.1	4 9	5.1	4,8	4.6	4.8	4.7	4 7	4 3
	Franța	15.8	17.3	17.8	17.2	16.7	16.4	13.2	12.2	8.9	7.0	3.0	15	9.6	8.5	8,9	9.7	8.3	9.1	9 5	7.8	7.6	7 6	7.5	6.9	6.9	6.7	6.5	6.6
	Germania	—	—	—	23.4	22.5	21.7	18.6	15.2	10.0	7.0	7.2	15	13.2	10.9	10.5	10.2	9.7	8.9	9.6	8 4	8.3	7.9	7.6	6.6	6.9	6.6	6.4	6.0
	Grecia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12.1	2.0	5	9.2	9.8	9 0	7.5	10.0	9.4	11.1	9 9	13.4	12.9	12.3	11.2	11 3	11,4	—	—
	Italia	—	—	—	20.9	19.5	17,6	15.9	14.5	12.3	10.5	1.8	14	12.8	12.6	11.9	12.7	12.0	12.0	12.5	10,6	11 3	11.0	10.0	9.9	10.1	10.0	11.0	—
	Jugoslavia	—	—	—	—	—	—	—	—	15.1	14 9	2.6	5	—	—	—	1926—1930=15.1				15.3	16.5	16.7	14.0	15.0	14.4	13.7	14.1	—
	Norvegia	11 5	10 3	11.0	10.5	9.8	9.7	7.6	6.4	5.2	4.4	1 4	8	5.0	5.0	5 0	4.8	5.1	4 9	5.5	4,6	4.6	4,7	4.8	3.9	4 4	4.2	4.1	—
	Olanda	19.0	19.8	19.9	20.4	17.8	15.8	12.5	9.5	5.8	4.2	3.0	15	6.6	6.1	5.8	6.1	5.9	5,2	5.9	5.1	5.0	4 6	4.4	4.3	4.0	3,9	3.8	3.6
	Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13,7	1,1	11	1921—1926=14.6				15,1	14.5	14.9	14,3	14.2	14 4	12.8	14.1	12.7	14.1	13.6	14.0
	România	—	—	?2.5	19.6	18.7	21.6	20.2	19.9	19.7	18 1	2.6	11	20.7	20.0	19.2	19.4	20 9	18.4	19.7	17.6	18 0	18 5	17.4	18.2	19.2	17.5	17 8	18.3
	Suedia	15.3	14.6	13.9	13,0	11.0	10.1	8.4	6.9	5.9	4.8	2.1	10	5.6	6.0	5.6	5 7	6.2	6.2	5.9	5 4	5.7	5.1	5.0	4.7	4.7	4,3	4.6	4.1
	Spania	—	—	—	—	—	—	—	—	13.4	11.2	3.9	12	14.8	14.0	13 6	12.5	12.7	12 5	12.3	11.7	11.7	11.1	11.2	11.3	10.9	—	—	—
	Ungaria	—	—	—	—	—	23.5	20.8	21.1	17.4	14.9	5.1	11	18.4	19.3	16.8	16.7	18.5	17.1	17.9	15 2	16.3	18.4	13.6	14.8	15,2	13.7	13.5	13.4
Țări extraeurop.	Australia	—	—	—	—	—	—	—	—	5.5	4.1	1.7	11	—	—	5.3	5.4	5.5	5.3	5.1	4.7	4 2	4.1	4.0	4.4	4 0	4.1	3.8	3.8
	Egipt	—	—	—	—	—	—	—	—	14.8	16.5	0.9	5	—	—	—	—	—	—	—	15.1	16.1	17.4	16 2	16.6	16.1	16.4	16.5	—
	Japonia	—	—	—	—	—	—	—	—	14.9	11 8	4,7	13	1921—926=15.9,				1926—930=13.7			12.4	11.8	12.1	12 5	10.7	11 7	10.6	—
	Statele-Unite	—	—	—	—	—	—	—	—	7,1	5.7	2.3	13	1921—25=7.4,				1926—30=6.8			6.5	6.2	5.8	5.8	6.0	5.6	5.7	5.4	5.1
	Noua Zelandă	—	—	—	—	—	—	—	—	4.0	3.2	0.7	13	1921—26=4.3,				1926—30=3,7			3.4	3.2	3.1	3.2	3,2	3.1	3.1	3.1	3.6

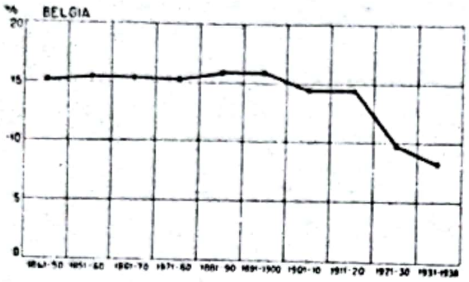
NOTĂ:: Coeficientul scăderii s'a obținut prin deducerea mortalității infantile din ultimul an (1938), din cel mai ridicat procent de mortalitate infantilă a perioadei 1923—1938.

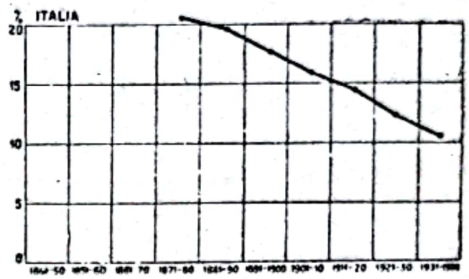
Scanned with OKEN Scanner

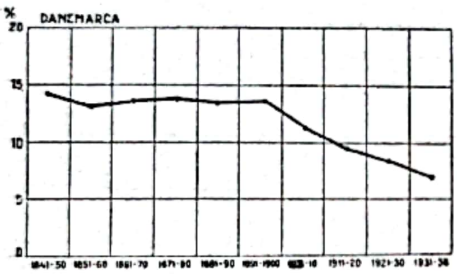
SCĂDEREA MORTALITĂȚII INFANTILE PE ȚĂRI, ÎN PERIOADA 1841—1938

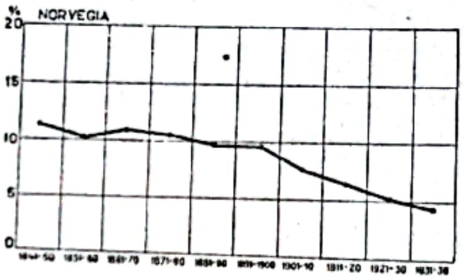


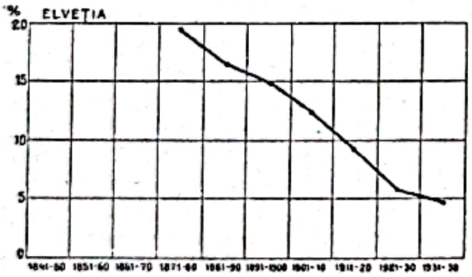


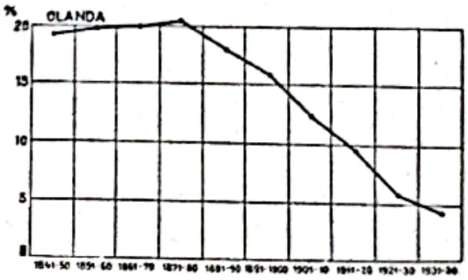


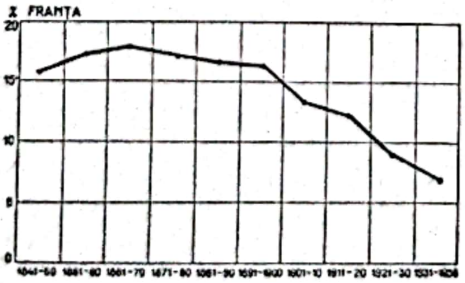


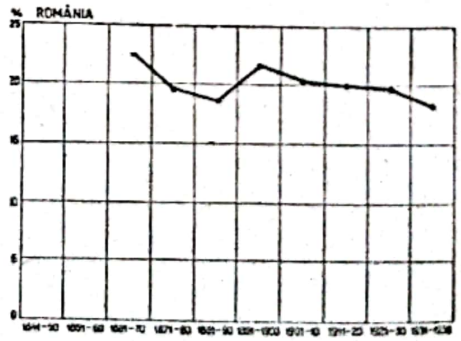




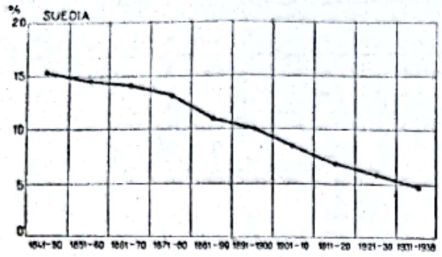


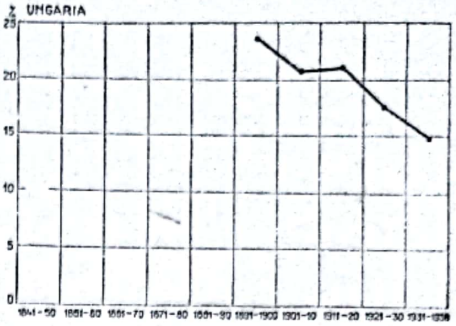




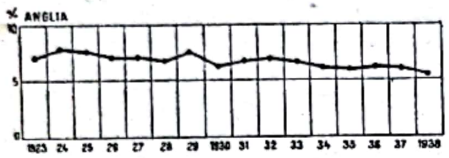


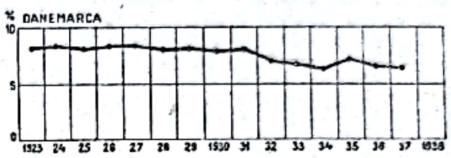
Scanned with OKEN Scanner

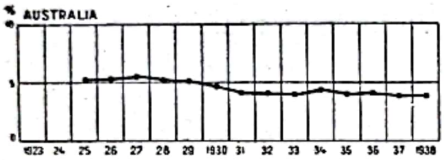


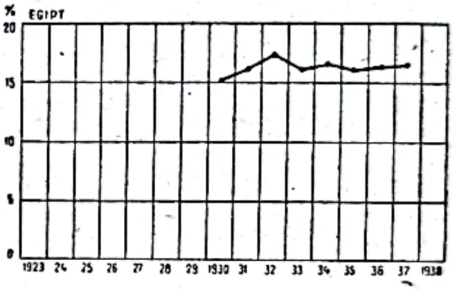


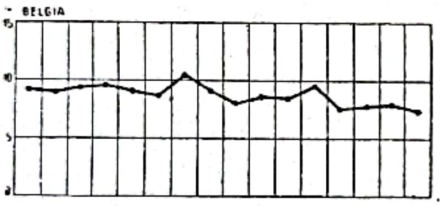
EVOLUȚIA MORTALITĂȚII INFANTILE, PE ȚĂRI, ÎN PERIOADA 1923—1938

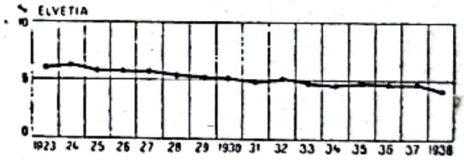


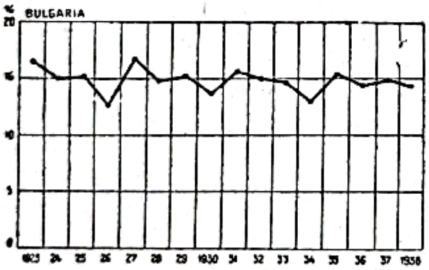


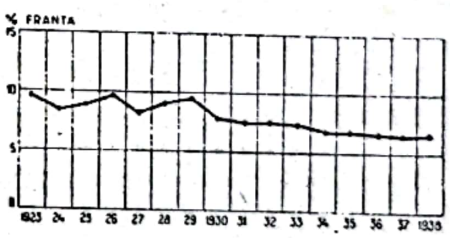


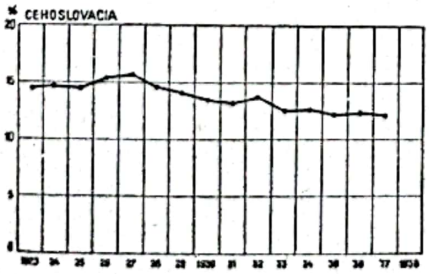


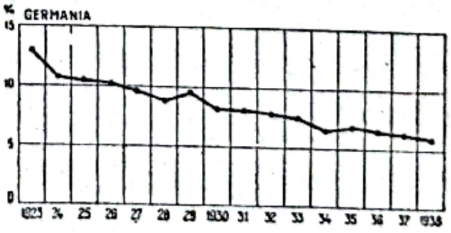




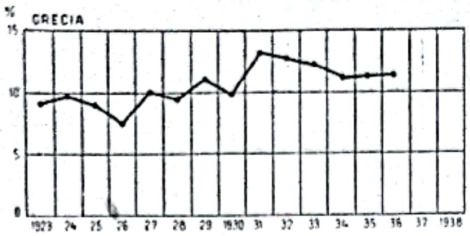


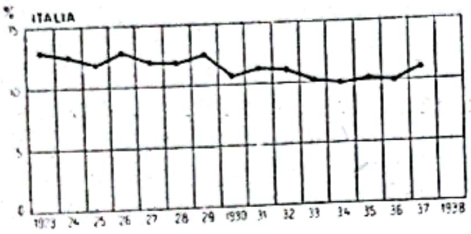


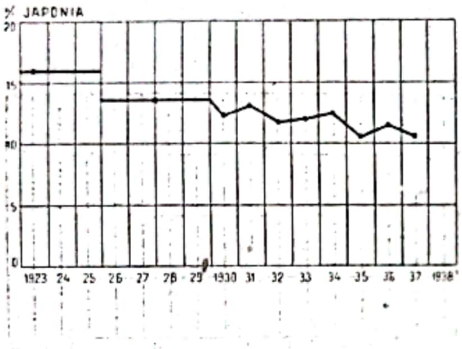


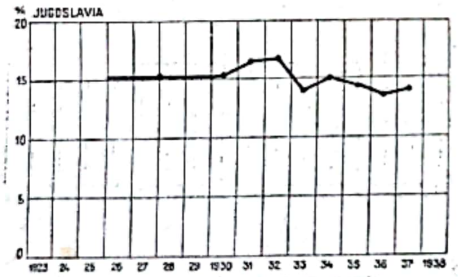


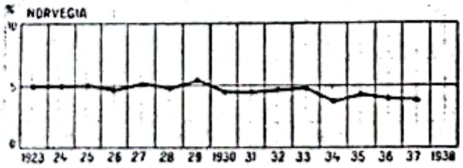
Scanned with OKEN Scanner

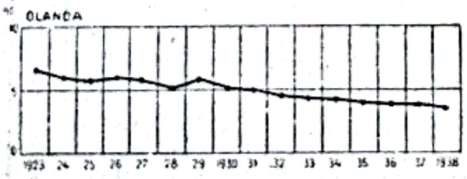


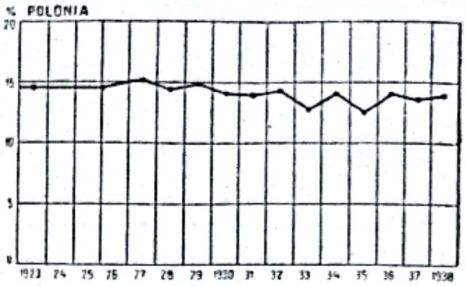


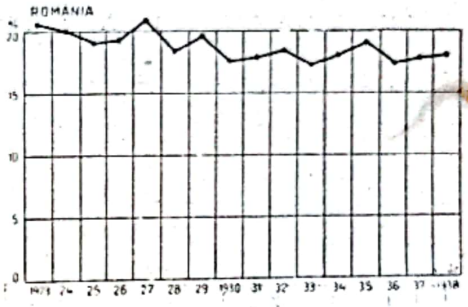


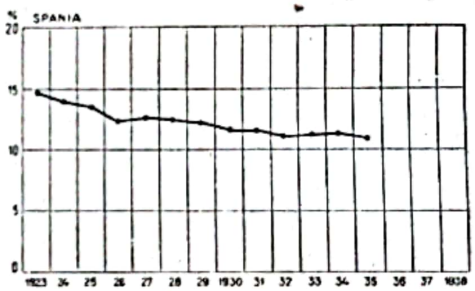


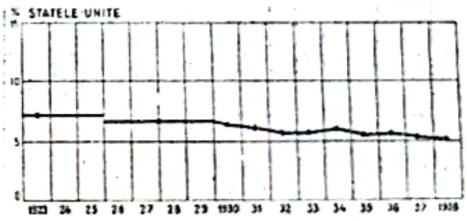


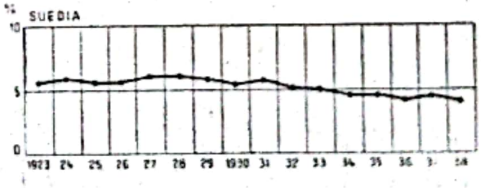




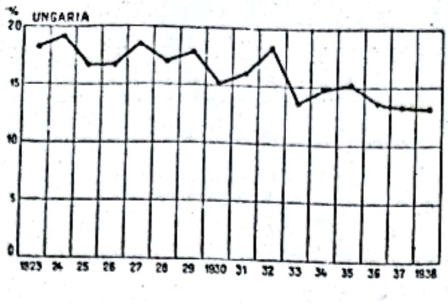


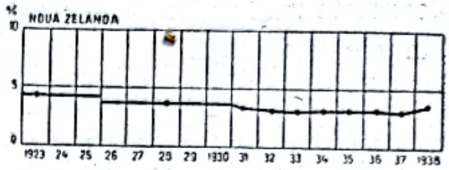






Scanned with OKEN Scanner





stă ţară atinsese un maxim de 13,2, pentru ca în urmă să descrească repede.

Tendinţa scăderii mortalităţii infantile în raport cu timpul în care s'a produs, reese limpede din graficele dela pag. 254—256, unde, pentru fiecare ţară, deoparte e urmărită evoluţia natalităţii începând din 1841, de altă parte evoluţia numai în perioada 1923—1938.

Se constată că ritmul reducerii mortalităţii infantile este variabil după ţări. In al doilea rând, putem afirma că mortalitatea infantilă, mai mult decât mortalitatea generală, este funcţie de gradul de evoluţie igienico-socială a ţării respective. Cifrele şi graficele confirmă în totul această afirmaţie.

Mortinatalitatea. Datele internaţionale la acest capitol lipsesc aproape cu desăvârşire. Numai pentru Franţa există datele din anul 1925, când proporţia născuţilor-morţi era de 3,9 la suta de născuţi-vii în mediul rural, 6,93 în mediul urban (la Paris 9,3%).

Aceste cifre sunt destul de urcate, chiar comparate cu cele din România (aproximativ 2%).

8. *Excedentul natural*

Excedentul natural al populaţiei rezultă din diferenţa între cifra născuţilor-vii şi numărul deceselor (spre deosebire de excedentul real, la care contribue şi fenomenul migraţiunilor). Cu numărul locuitorilor rezultat din excedentul natural, populaţia creşte pe cale firească. Creşterea unei populaţii se consideră drept condiţia ei naturală ; scăderea ei, ca o abatere dela regula generală şi ca semnul unei perturbări profunde a organismului social şi a biologiei sale.

Există un excedent natural ori de câte ori cifra naşterilor e mai mare decât cea a deceselor. Un excedent mulţumitor rezultă în două cazuri : fie atunci când mortalitatea este mare, dar natalitatea foarte ridicată, fie când natalitatea, deşi mică, este compensată în efectele ei demografice printr'o mortalitate redusă.

Din punct de vedere biologic, dar şi din punct de vedere politic, social şi economic, este preferabil ca excedentul să fie obţinut prin

Scanned with OKEN Scanner

al doilea mecanism. Nu e firesc ca un excedent să coincidă cu o mare distugere de vieţi prin deces. „Prosperitatea statelor trebue să „consiste mai puţin în înmulţirea decât în conservarea indivizilor cari „le alcătuesc" (51).

Excedentul variază dela ţară la ţară.

Examinând evoluţia excedentului natural dela mijlocul secolului trecut până azi, constatăm că pentru majoritatea ţărilor el se prezintă azi în scădere faţă de excedentul din deceniile trecute. In tabloul dela pag. 259 se poate vedea, pentru un număr de ţări, evoluate, măsura în care excedentul natural a scăzut între perioada 1841—50 şi perioada 1931—38, deci în răstimp de un secol.

Concluzia este: excedentul natural a mers în scădere în toate ţările Europei; scăderea aceasta nu s'a produs însă în acelaş ritm în diferitele ţări, nici ca proporţie, nici ca timp.

Unele ţări au o scădere mare. In acest grup sunt cuprinse:

Norvegia	dela	15,8	la	mie	în	1851/60	la	5,0	la	mie	în	1931/1938
Anglia	„	14,0	„	„	„	1871/80	„	3,3	„	„	„	„
Suedia	„	12,2	„	„	„	1871/80	„	2,5	„	„	„	„
Germania	„	14,2	„	„	„	1901/10	„	6,1	„	„	„	„

Alte ţări arată scăderi mai mici de excedent:

Belgia	dela	6,6	la	mie	în	epoca	1851/60	la	3,3	la	mie	în 1931/1938
România	„	18,2	„	„	„	„	1911/20	„	11,7	„	„	„ „
Elveţia	„	10,1	„	„	„	„	1901/10	„	4,4	„	„	„ „
Ungaria	„	11,5	„	„	„	„	1881/90	„	6,3	„	„	„ „

Franţa prezintă o situaţie unică, ea marcând o descreştere a excedentului natural dela +4,1 la mie în 1841/50 la —0,8 în anul 1938. Este singura ţară din lume care, în loc de excedent, a înregistrat deficit natural de populaţie.

Considerând că numai pentru un mic număr de ţări comparaţia datelor poate merge retrospectiv până la 1841, am căutat — în tabelul dela pag. 259 şi în al doilea grafic dela pag. 260 — să stabilim un criteriu de comparaţie uniformă pentru calcularea coeficientului de reducere a excedentului, referindu-ne *numai la perioada 1923—1938*. Se constată că, în interiorul acestei perioade limitate, scăderile de excedent au variat între un maxim de 11,2 pentru Bulgaria şi un minim de 0,8 pentru Germania. Scăderea din Bulgaria s'ar explica oarecum ca un maxim al scăderilor de excedent cari, în toate ţările agricole şi mai puţin evoluate, sunt mai importante: astfel în România scădere 5,4, în Polonia 8,2, în Egipt 6,4, în Ungaria 5,1. In ce priveşte scăderea atât de minimă (0,8) din Germania, explicaţia apare firească, dacă luăm în considerare complexul de măsuri pentru încurajarea familiilor numeroase, deci şi a natalităţii, luate în ultimul

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

EXCEDENTUL NATURAL ÎN DIVERSE ȚĂRI (Proporția la 1000 locuitori)

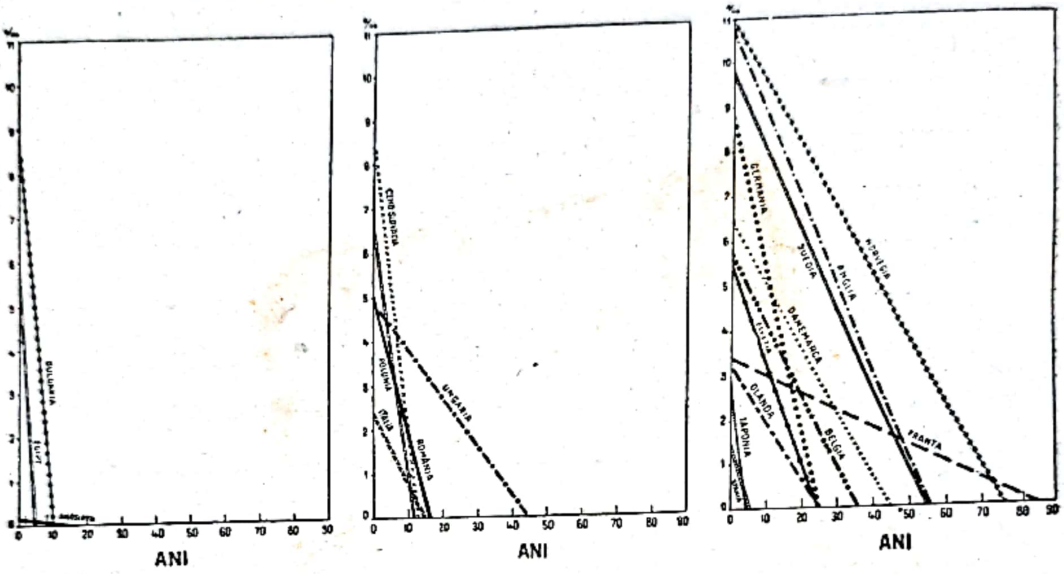
	ȚĂRILE	MEDII DECENIALE										Coeficientul de scădere	Timpul în care s'a produs scăd.	MEDII ANUALE															
		1841—1850	1851—1860	1861—1870	1871—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1931—1938			1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
ȚĂRI EUROPENE	Ang. și Ț. Gal	10.2	11.9	9.7	14.0	13.3	11.7	11.8	7.5	6.5	3.3	4,4	15	8,1	6.6	6.1	6.2	4.3	5.0	2.4	5.1	3.4	4.3	3.5	3.2	3.2	3.0	2.7	3.7
	Belgia	6.6	7.8	7 6	9 7	9.7	9.8	9.6	7.3	5.9	3.3	4.6	15	7.2	6.9	6.6	5.7	4.8	5.2	3.2	5.4	5.0	4.5	3.4	3.8	3.6	2.9	2.2	2.6
	Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12.6	11.2	12	16.5	19.1	17,7	20.2	12.8	15.4	12,3	14 8	12.5	15,1	13.7	17.0	11.8	11.5	10 5	9.0
	Cehoslovacia	—	—	—	—	—	—	—	—	9.5	5.2	8.2	15	12.3	10.5	9.9	9.0	7.3	8.2	6.9	8.6	7.4	6.9	5.5	5.5	4,4	4.1	3.9	4.1
	Danemarca	10 1	11.9	10.8	12.0	13.4	12.7	14,3	13.1	9.6	7.2	2.6	15	11.0	10.6	10.2	9.5	8.0	8.6	7.4	7 9	6 6	7.0	6.7	7,4	6.7	6,8	8.9	8.4
	Elveția	—	—	—	7.3	7.2	9.3	10.1	8.8	6 2	4.4	3.6	15	7.6	6.3	6.3	6.5	5.1	5.4	4.6	5.7	4.6	4.6	5.0	4.9	3.9	4.2	4.2	4.8
	Franța	4.1	2.4	2.7	1.7	1.8	0.7	1.2	0.4	1.7	0.3	3.2	15	2.4	1.9	1.6	1.3	1.6	1.6	0.3	2.4	1,1	1.5	0.4	1.0	0.5	—	0.3	0.0
	Germania	9.3	8.9	10.3	11.9	11.7	14.0	14.2	11.8	8.1	6.1	0.8	13	7.1	8,3	8.8	7,8	6.4	7.0	5,3	6.4	4 8	4.3	3.5	7.1	7.1	7,2	7.1	8.0
	Grecia	—	—	—	—	—	—	—	—	10.1	12.1	5.3	10	2.1	4.2	11.7	16.5	12.7	13.5	10.5	14 7	12.6	10.4	10.8	14.3	13 3	11 2	—	—
	Italia	—	—	—	7.0	10.7	10 7	11.1	12.2	10.2	9,5	3 0	8	12.0	—	—	10.3	11.2	10.5	9.1	12.7	10.1	9.2	10 0	10 1	9.4	8 7	8.7	9.7
	Jugoslavia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13.4	2.6	4	1921—925=14.8,				1926—930=14.2				13.8	13.6	14.5	14.4	13.0	12.9	11.9	—
	Norvegia	12.6	15.8	12 9	14.0	13.9	14 0	13.2	12.3	7.9	5.0	5.2	15	11.0	9.8	8.5	8.5	6.6	6.9	5 8	7.0	5 8	5.4	4 6	4 7	4.4	4.5	4.9	5.8
	Olanda	6 8	7.7	10.7	11.9	13.2	14.1	15.3	15.0	13.7	12 0	3.6	15	15.9	15.4	14.4	14.0	12,9	13.7	12.1	13.9	12.5	13.0	12 0	12.3	11.5	11.4	11.0	12.3
	Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12.2	8.2	13	18.5	16.8	18.8	15.5	14.5	15.9	15.3	16.7	14 7	13.7	1 .3	12 1	12 1	12.0	10.0	10.6
	România	—	—	6,9	3.7	13 9	11 4	14,0	18 2	12 9	11.7	5.4	10	14.6	14,6	14.6	13.9	12.3	15.7	12 6	15.1	12.5	14 2	13,3	11.7	9.6	11.7	10.5	10.3
	Suedia	10.5	11.0	11.2	12.2	12.2	10.7	10.9	7.8	5.4	2,5	4.1	15	7.5	6 1	5.9	5.0	4.2	4.0	2.9	3.7	2.3	2.9	2 5	2.5	2.1	2.2	2.3	3.4
	Spania	—	—	7.1	—	4.5	5.3	8.7	8.6	9.8	10.6	1 5	5	9.8	10.2	9.7	11.0	9.6	11.3	10,6	11,4	10 5	11.0	11.4	10.3	9.9	—	—	—
	Ungaria	—	—	8.5	2.3	11.5	10.7	11.3	11.1	7.7	6.3	5.1	12	—	—	—	10.7	8.0	9.2	7.2	9.9	7.1	5.6	7.3	7,4	5.9	5.8	6.0	5.6
Țări extraeurop.	Australia	—	—	—	—	—	—	—	—	13.1	7.9	6.0	15	13 9	13.7	13.7	12.6	12 3	11,9	10.7	11 3	9.5	8.3	7.9	7.1	7.0	7.7	8.0	7.9
	Egipt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15.4	6.4	7	17 3	18.7	16.8	17.0	18.8	17.1	18 1	20.7	18.0	14 1	16.3	14.5	1 .2	15.4	14.3	—
	Japonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13.5	1 6	5	1921—925=12 8,				1926—930=14.9				13.3	15.2	13.7	11.8	14 8	12.4	13 6	—
	Statele-Unite	—	—	—	—	—	—	—	—	9.3	6.2	3,5	13	1921—925=10 7,				1926—930= 7,9				6 9	6.5	5.9	6.1	6.0	5.2	5.8	7.2
	Noua Zelandă	—	—	—	—	—	—	—	—	13.4	8.0	7.3	13	1921—925=13.6,				1926—930=11.1				10.1	9.1	8.6	8.0	8.0	7.9	6.2	6.3

NOTĂ: Coeficientul scăderii s'a obținut prin deducerea excedentului din ultimul an (1938) din cel mai ridicat excedent al perioadei 1923—1938.

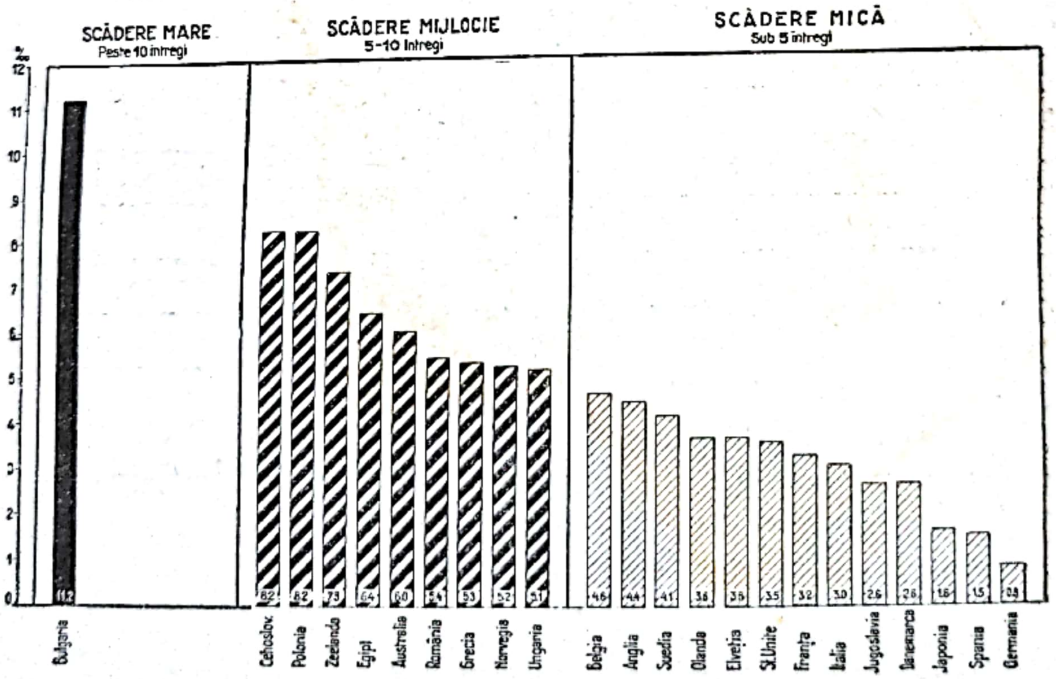
deceniu. Natalitate sporită pe de o parte, mortalitate scăzută pe de alta, au contribuit ca să dea această scădere mică a excedentului.

Tendința evoluției excedentului natural reese și din graficul următor, unde scăderile de excedent pentru fiecare țară sunt puse în legătură cu intervalul de timp în care ele s'au produs.

EXCEDENTUL NATURAL : RITMUL ȘI TENDINȚA SCĂDERII EXCEDENTULUI NATURAL (COEFICIENȚI LA 1000 LOC. PENTRU FIECARE ȚARĂ ȘI NUMĂRUL DE ANI IN CARE S'A PRODUS SCĂDEREA RESPECTIVĂ).



EXCEDENTUL NATURAL : SCĂDEREA ÎN ÎNTREGI A COEFICIENTULUI EXCEDENTULUI NATURAL LA 1000 LOC. (PERIOADA 1923—1938).



Caracteristica fenomenelor demografice (natalitate şi excedent) în diverse ţări

	ŢĂRILE	Anul de recensăm. pt. care s'a făcut studiul populaţiei	Natalitatea în anul respectiv	Excedentul în anul respectiv	Tendinţa natalităţii (1923—1938) Scădere Mare 10-15 °/₀₀ loc.	Mijlocie 5-10 °/₀₀ loc.	Mică sub 5 °/₀₀ loc.	Tendinţa excedentului (1923—1938) Scădere Mare 10-15 °/₀₀ loc.	Mijlocie 5-10 °/₀₀ loc.	Mică sub 5 °/₀₀ loc.	Natalitate Scăderea s'a produs în decurs de:	Excedent Scăderea s'a produs în decurs de:
ŢĂRI EUROPENE	Anglia şi Ţ. Galilor	1929	16.3	2.9	—	—	4.2	—	—	4.4	15 ani	15 ani
	Belgia	1920	20.4	7 1	—	—	4.8	—	—	4.6	15 „	15 „
	Bulgaria	1926	37.4	20 2	17.4	—	—	11.2	—	—	14 „	12 „
	Cehoslovacia	1930	22 7	8.6	—	9.7	—	—	8.2	—	15 „	15 „
	Danemarca	1929	18.6	7.3	—	—	4.2	—	—	2.6	15 „	15 „
	Elveţia	1930	17.3	5.7	—	—	4.2	—	—	3.6	15 „	15 „
	Franţa	1928	18.3	1.6	—	—	4.0	—	—	3.2	13 „	15 „
	Germania	1931	16.0	4 8	—	—	1.3	—	—	0.8	15 „	13 „
	Grecia	1928	30.5	13.5	—	—	4.5	—	—	5.3	7 „	10 „
	Italia	1931	24.9	10.1	—	5.4	—	—	—	3.0	15 „	8 „
	Jugoslavia	1931	33.6	13.8	—	7.3	—	—	—	2.6	12 „	4 „
	Norvegia	1928	15.9	6.9	—	6.7	—	—	5.2	—	15 „	15 „
	Olanda	1930	23.0	13 9	—	5.3	—	—	—	3.6	15 „	15 „
	Polonia	1929	32 3	15.3	11.6	—	—	—	8.2	—	15 „	13 „
	România	1930	35.0	15.6	—	8.3	—	—	5.4	—	14 „	10 „
	Suedia	1930	15.4	3.7	—	—	4.0	—	—	4.1	15 „	15 „
	Spania	1920	30,6	9,8	—	5 4	—	—	—	1.5	12 „	5 „
	Ungaria	1930	25.4	9.9	—	9.7	—	—	5.1	—	15 „	12 „
Ţări extraeurop.	Australia	1929	20.2	10.7	—	6.3	—	—	6.0	—	15 „	15 „
	Egipt	1927	44.0	18.8	—	—	2.2	—	6.4	—	7 „	7 „
	Japonia	1931	32.2	13.3	—	—	4.0	—	—	1.6	12 „	5 „
	Statele-Unite	1930	18.0	6.9	—	—	4.6	—	—	3.5	12 „	13 „
	Noua Zeelanda	1936	16.2	7.9	—	—	4.2	—	7.3	—	12 „	13 „

In tabloul de mai sus *redăm în paralelă tendinţele* celor două fenomene demografice: natalitatea şi excedentul, aşa cum se desprind din evoluţia în perioada 1920—1936.

9. *Indicele vital*

In cadrul urmăririi evoluţiei unui anumit grup de populaţie este necesar a se ţine seama şi de expresia numerică pe care o constitue indicele vital. Acest indice măsoară forţa de perpetuare şi rezistenţă faţă de procesul morţii, pe gruparea colectivă ce o avem în vedere, cu alte cuvinte măsoară vitalitatea populaţiei.

Statisticienii deosebesc trei forme de indice vital (52).

Prima formă este aceea a *indicelui vital simplu*, care exprimă raportul dintre numărul născuţilor vii şi numărul deceselor, la o anu-

Scanned with OKEN Scanner

mită colectivitate şi într'un anumit moment al evoluţiei sale. Formula acestui indice este :

$$\text{Indicele vital} = \frac{\text{Numărul născuţilor-vii} \times 100}{\text{Numărul deceselor}}$$

Pentru anii 1936—1937, indicele vital simplu pentru un număr de ţări, în ordinea descrescândă a indicelui, s'a prezentat astfel :

Ţara	*Valoarea indicelui vital simplu*	*Ţara*	*Valoarea indicelui vital simplu*
Olanda	228,9	Ungaria	140,8
Grecia	184,2	Finlanda	138,6
Polonia	181,3	Elveţia	134,3
Bulgaria	180,0	Irlanda	130,6
Lituania	175,2	Cehoslovacia	130,2
Portugalia	171,3	Letonia	126,2
Danemarca	164,5	Anglia	122,5
Italia	162,4	Belgia	119,3
Germania	160,7	Suedia	119,0
România	159,2	Estonia	106,4
Norvegia	146,1	Franţa	98,1

Rezultă din acest tabel că ţările cu cel mai ridicat indice vital ar fi Olanda, Grecia, Polonia şi Bulgaria, iar cele cu indicele cel mai scăzut ar fi Belgia, Suedia, Franţa. In ce priveşte România, ea ocupă o poziţie mijlocie.

A doua formă este indicele simplu *pe neamuri*. In România de exemplu, cel mai urcat indice vital îl au Românii, iar cel mai scăzut Evreii.

O a treia formă este acea a *indicelui vital specific pe grupe de vârstă pentru femei*. Definiţia lui este următoarea : raportul dintre numărul femeilor decedate (atât căsătorite cât şi necăsătorite), grupate după vârstă, de o parte, şi de altă parte numărul naşterilor în aceleaşi grupe de vârstă ca şi acelea cărora aparţin femeile decedate.

Practic, cel mai important pentru orientările demografice rămâne indicele vital simplu.

10. *Populaţia după neamuri*

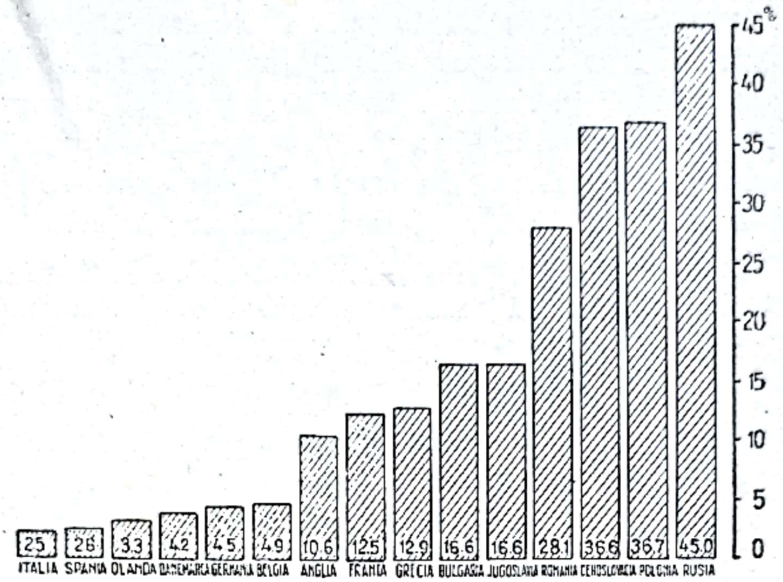
In Europa, structura etnică a statelor se poate vedea din procentele de minoritari pe care îi are fiecare stat.

Procentul populaţiei minoritare dintr'un număr de ţări este redat comparativ în graficul dela pag. 263.

Din acest grafic reese că, în Europa, în ce priveşte proporţia populaţiei minoritare, Rusia ocupă locul prim (45% din populaţia totală) şi Italia locul ultim (2,5%). In ce priveşte numărul grupurilor

Scanned with OKEN Scanner

PROCENTELE POPULAȚIEI MINORITARE ÎN DIFERITE ȚĂRI DIN EUROPA



minoritare, 10 țări au numai câte 2 populații minoritare, celelalte având 4—7 minorități.

11. *Populația după profesiuni*

După activitate, populația dintr'o țară se împarte în două mari categorii: *populația activă* și *populația pasivă*. Populația activă este cea care produce pe tărâm economic, iar pasivă este acea parte a populației care cade în sarcina celei dintâi.

Populația activă este mai numeroasă în țările cu caracter agricol, unde majoritatea locuitorilor sunt rurali și trăesc din exploatarea solului. Urmează țările cu exploatare agricolă importantă și, în fine, țările în care această exploatare constitue ocupația a numai 35% din populația activă.

Procentual (din populația totală), populația activă a țărilor europene se prezintă astfel:

Țările	*Procentul populației active*	*Țările*	*Procentul populației active*
România	58,4%	Ungaria	46,0%
U. R. S. S.	57,5%	Japonia	45,3%
Bulgaria	56,2%	Grecia	44,3%
Franța	52,4%	Italia	41,9%
Germania	49,4%	Norvegia	41,5%
Anglia	47,2%	Cehoslovacia	40,2%
Elveția	47,0%	Olanda	40,1%

Scanned with OKEN Scanner

Din punctul de vedere al *structurii profesionale*, țările se împart în trei categorii :

a) Țările cu o proporție foarte mare de populație ocupată în exploatarea solului și cu o proporție foarte redusă a celor ocupați în industrie și comerț. Prin natura activității majorității populației, aceste țări au starea economico-financiară mai puțin favorabilă, de aci decurgând o situație inferioară, mai ales în domeniul medico-social. Astfel de țări sunt: U.R.S.S., Bulgaria, România, Jugoslavia, Grecia.

b) Țările cu o proporție medie (50%) a populației ocupată în agricultură, au industria și comerțul relativ desvoltate. Din această categorie fac parte : Ungaria, Japonia, Italia.

c) Țări cu o proporție foarte redusă a populației ocupată în agricultură (Anglia are numai 5% agricultori), în schimb cu o covârșitoare parte ocupată în industrie și comerț (70—80% din totalul populației). Acestea sunt țările de vechie civilizație : Anglia, Germania, Elveția, Franța, Olanda, Statele-Unite.

Repartiția populației active pe marile grupe de profesiuni reese, pentru diferitele țări, din tabloul următor :

STRUCTURA PROFESIONALĂ (PROCENTE DIN TOTALUL POPULAȚIEI ACTIVE)

Țările	*Exploatarea solului*	*Industrie*	*Comerț*	*Alte profesiuni*	*Anul în care s'a stabilit procentul*
U. R. S. S.	84,9	5,9	1,4	7,8	1926
Bulgaria	80,0	9,0	2,7	8,3	1926
România	78,2	7,2	3,2	11.4	1930
Grecia	53,7	15,9	7,3	28,8	1928
Ungaria	50,8	19,5	17,0	13,2	19 0
Italia	47,3	29,5	8,3	14,9	1931
Franța	35,7	33,7	12,5	18,1	1934
Norvegia	35,3	26,5	12,5	25,7	1931
Germania	28,9	40,4	13,6	17,1	1933
Cehoslovacia	28,3	42,2	8,7	20,8	1930
Statele Unite	22,0	31,8	18,2	28,0	1930
Elveția	21,3	45,0	14,6	19,1	1930
Olanda	20,6	38.1	15,8	25,5	1930
Anglia	5 6	46,2	19,0	29,0	1931

Din punctul de vedere al contribuției populației feminine la activitatea profesională, proporția este mai mare în țările agricole, scade la cele din grupa a doua și coboară la 25% la cele intens industrializate. Proporția mare a femeilor în muncă, în țările agricole, se explică prin faptul că în agricultură femeile muncesc deopotrivă cu bărbații.

Contribuția femeilor la munca profesională, în diferite țări, reese din tabloul următor :

Scanned with OKEN Scanner

PROPORȚIA POPULAȚIEI ACTIVE, DUPĂ SEXE, ÎN DIFERITE ȚĂRI
(PROCENTE DIN POPULAȚIA DE SEXUL RESPECTIV)

Țările	*Bărbați*	*Femei*	*Țările*	*Bărbați*	*Femei*
România	64,8	52,2	Grecia	64,1	24,7
U. R. S. S.	63,8	51,6	Ungaria	69,0	24,0
Bulgaria	61,4	51,0	Norvegia	62,0	22,0
Franța	68,9	37,1	Cehoslovacia	60,2	21,4
Germania	65,6	34,1	Olanda	61,3	19,2
Austria	64,7	30,4	Italia	66,4	18,5
Elveția	62,8	28,9	U. S. A.	61,3	12,7
Anglia	69,2	26,9			

Se constată că cel mai ridicat procent de populație feminină activă (52,2% din totalitatea femeilor) este în România și cel mai scăzut în Statele-Unite (12,7%). Prin aceasta se verifică în totul afirmația de mai sus.

12. *Populația după gradul de instrucție și cultură*

Sub raportul instrucțiunii și al cuturii, nu există decât datele privind proporția știutorilor de carte din unele țări din Europa. Deși aceste date nu sunt toate din aceeaș epocă, este totuși interesant de analizat tabloul de mai jos, care cuprinde procentul știutorilor de carte din 13 țări europene (cifre publicate de Institutul internațional de cooperație intelectuală):

Țările	*Anul recensământului*	*Procentul știutorilor de carte din populația trecută de 7 ani*	*Țările*	*Anul recensământului*	*Procentul știutorilor de carte din populația trecută de 7 ani*
Franța	1926	94,1	Bulgaria	1926	60,3
Belgia	1920	92,5	România	1930	57,0
Estonia	1922	89,2	Spania	1920	57,0
Ungaria	1920	84,8	Grecia	1928	56,7
Letonia	1930	81,2	U. R. S. S.	1926	51,3
Italia	1921	73,2	Portugalia	1920	34,8
Lituania	1923	67,3			

Rezultă că cel mai important procent de analfabeți ar fi în Portugalia, apoi Rusia, Grecia, România, iar cel mai redus în Franța.

13. *Durata medie a vieții*

Studiul acestui fenomen demografic este important, fiindcă durata medie a vieții determină în mod apreciabil structura populației diferitelor țări. Fără a constitui în mod absolut o dovadă de mare vitalitate, longevitatea indică în schimb un stadiu înaintat de civilizație a poporului respectiv.

Tabloul următor cuprinde media de viață la diferite popoare,

Scanned with OKEN Scanner

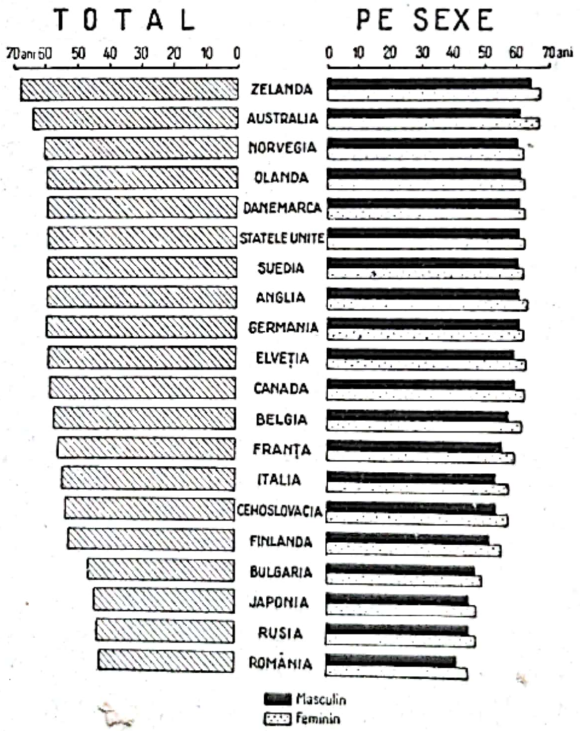
redată după Anuarul Statistic al Societății Națiunilor (53), înțelegându-se prin „media de viață" probabilitatea de supraviețuire ce o are copilul la naștere.

MEDIA DE VIAȚĂ LA DIFERITE POPOARE
(PROBABILITATEA ANILOR DE VIAȚĂ LA NAȘTERE)

Țările	*Total*	*Masculin*	*Feminin*	*Țările*	*Total*	*Masculin*	*Feminin*
Noua Zeelandă	66.9	65.0	7,3	Canada	60.0	59.0	60.7
Austra ia	65.3	63.5	67,1	Belgia	57.8	56.0	59.8
Norvegia	62.4	61.0	63,8	Franța	56.8	54.3	59.0
Olanda	62.7	61.9	63,5	Italia	54.9	53.8	56.0
Danemarca	62.9	62.0	63,8	Cehoslovacia	53.6	51.9	55.2
Statele Unite	62.7	60.7	64,7	Finlanda	52.9	50.7	55.1
Suedia	62.3	61.2	63,3	Bulgaria	46.3	45.9	46.6
Anglia	62.3	60.1	64,4	Japonia	45.7	44.8	46.5
Germania	61.4	59.9	62,8	U. R. S. S.	44.4	41.9	46.8
Elveția	61.1	59.2	63,0	România	42.0		

Popoarele tinere, cu natalitatea mare și excedentul natural ridicat, rămân cu o mare vitalitate, deși prezintă media de viață redusă din cauza stării igienice primitive. Pe măsură ce igiena și civilizația în general progresează, crește și media de viață. Graficul de mai jos ilustrează această afirmație.

DURATA MEDIE A VIEȚII LA DIFERITE POPOARE



Considerând fenomenul după sexe, se constată că media de viață a femeilor depășește pe cea a bărbaților în toate țările.

PROBABILITATEA DE VIAȚĂ LA DIFERITE POPOARE. MEDIA ANILOR CE MAI AU DE TRĂIT INDIVIZII LA DIFERITE VÂRSTE

ȚĂRILE	La naștere	1 an	10 ani	20 ani	30 ani	40 ani	50 ani	60 ani	70 ani	Anii pentru care e făcut calculul
Noua Zelandă .	66.9	67.6	59.7	50.5	41.6	32.9	24.5	16.9	10.2	1931
Australia	65.3	67.1	55.5	50.2	41.3	32.6	24.2	16.7	10 3	1932/4
Danemarca . . .	62.9	66.8	59.2	50,0	41.1	32.3	23.9	16.2	9,8	1931/5
Statele Unite . .	62.7	64.8	57.5	48.1	39.4	30.8	22,7	15.5	9.6	1935
Olanda	62.7	65.6	58.8	49.8	41.1	32.3	23.8	16.2	9.8	1921/30
Norvegia	62.4	64.6	57.3	48.8	41.2	33.2	25.1	17 5	11.0	1921/31
Anglia	62.3	65.1	58.1	48.9	40.1	31.4	22.9	15.5	9.4	1936
Suedia	62.3	65 0	57.9	49.1	41.1	32.7	24.5	16.9	10.4	1926/30
Germania . . .	61.4	65.2	58.2	49.0	40.3	31.6	23 2	15.6	9.3	1932/4
Elveția	61.1	63.3	55.9	46.9	38 5	30.0	21.9	14.7	8.8	1929/32
Belgia	57.8	62.5	56.0	47.1	38.9	30.6	22.5	15.2	9.2	1928/32
Franța	56.8	60.6	54.0	45.9	37.3	29.0	21.9	14.9	8.9	1928/33
Italia	54.9	60.5	56.3	47.6	39.5	31.2	23.1	15.6	9.3	1930/32
Cehoslovacia . .	53.6	60.9	55.1	46.3	38.2	30.0	22.0	14.8	9.0	1929/32
Bulgaria	46.3	54.0	53.5	45.5	38.7	31.2	23.8	16.8	11.0	1925/28
Japonia	45.7	51.6	48.5	41.1	34.7	27.4	20.0	13.4	8.1	1926/30
U. R. S. S. . . .	44.4	53.4	53.7	45.3	37.5	30.1	22.7	15.9	10.3	1926/7
România	42.0	47.4	45.8	39.1	31.2	24.7	17.8	11.3	5.0	1933

Tabloul de mai sus cuprinde probabilitatea sau speranța de viață la diferitele popoare, adică media anilor pe care locuitorii țării considerate mai au a-i trăi atunci când au ajuns la vârsta indicată în coloana respectivă din tablou

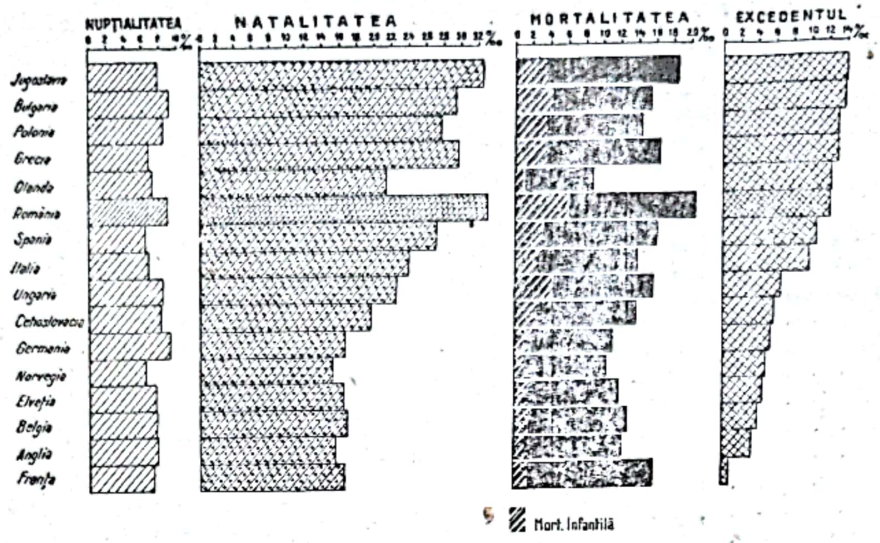
14. *Situația demografică comparativă a diverselor țări*

Pe baza fenomenelor demografice descrise, putem analiza situația populațiilor diverselor țări.

Reamintim că în tabloul alcătuit cu prilejul studiului excedentului natural am înfățișat comparativ țările din punct de vedere al natalității și excedentului natural al populației. In coloane separate, am notat tendința fiecăruia din aceste fenomene. Constatam în modul acesta că, pentru unele țări, scăderea excedentului e relativ puțin însemnată ; această scădere este în jurul cifrei de 5 la mie (Egiptul, Bulgaria, România, Jugoslavia, Polonia). La alte țări, ca Anglia, Belgia, Olanda, Spania, Grecia, etc., scăderea excedentului e mai mare, depășind uneori 10 la mie.

O apreciere și mai precisă asupra situației demografice a diverselor țări ne-o dă examinarea comparativă a nupțialității, natalității, mortalității și excedentului natural, pe media anilor 1931—1935. Rezultatele acestei comparații sunt înfățișate în graficul următor :

FENOMENELE DEMOGRAFICE ÎN DIFERITE ŢĂRI : MEDIA ANILOR 1931—1935



Observăm că un prim grup de ţări : România, Jugoslavia, Grecia, Bulgaria şi Polonia, prezintă *natalitatea* cea mai ridicată, cu variaţiuni dela un minim de 27,6 la 1000 loc. până la un maxim de 32,8. La extrema cealaltă se plasează ţările cu natalitatea cea mai scăzută : Anglia, Norvegia, Franţa, Belgia, Elveţia şi Germania; natalitatea variază aci dela un minim de 15,2 până la un maxim de 16,6 la 1000 locuitori. Intre aceste două grupe se intercalează în fine: Italia, Ungaria, Spania, Olanda şi Cehoslovacia, cu o natalitate pe care o putem califica drept mijlocie şi variind dela un minim de 19,6 până la un maxim de 26,9 la 1000 locuitori.

Examinând situaţia comparativă a *mortalităţii*, constatăm deasemeni un prim grup de ţări : România, Jugoslavia, Grecia, Bulgaria şi Polonia, cu mortalitatea cea mai ridicată, mergând dela un minim de 14,6 la un maxim de 20,6 la mia de locuitori. La extrema cealaltă găsim, prin opoziţie, ţările cu mortalitatea cea mai scăzută : Germania, Belgia, Elveţia, Norvegia, Anglia, Olanda, cu coeficienţi dela un minim de 8,9 până la un maxim de 12,9 la 1000 locuitori. Intre aceste două grupe extreme se plasează ţările cu mortalitate mijlocie : Spania, Franţa, Ungaria, Italia, Cehoslovacia, a căror mortalitate variază dela un minim de 14,0 la un maxim de 16,2 la 1000 locuitori.

Concluzia acestor situaţii rezultă din compararea *excedentului natural*. Excedentul natural cel mai apreciabil îl au ţările unde atât natalitatea cât şi mortalitatea sunt cele mai ridicate şi anume: Jugoslavia, Bulgaria, Polonia, Grecia, România, la cari excedentul merge dela un minim de 12,2 până la un maxim de 14,1 la 1000 locuitori.

Pe de altă parte, ţările cu excedentul cel mai mic sunt tocmai acelea unde atât natalitatea cât şi mortalitatea sunt cele mai scăzute, excep-tând Olanda. In acest grup, excedentul natural merge dela un minim de 0,7 la un maxim de 1,4 la 1000 locuitori. O poziţie intermediară au Spania, Italia, Ungaria şi Cehoslovacia, la care excedentul variază dela un minim de 2,5 la un maxim de 4,0 la mia de locuitori.

In ceea ce priveşte *nupţialitatea*, constatăm că ea variază dela un minim de 6,5 (Spania, Norvegia) la un maxim de 9,3 (Germania) la 1000 locuitori

B. Dinamica populaţiei

Dinamica, în demografie, cercetează evoluţia viitoare a populaţiei pe temeiul potenţialului său de vitalitate. Dinamica deduce posibilităţile prin calcul, dar cercetează în acelaş timp fenomenele biologice şi so-ciale care imprimă *tendinţa* evolutivă a populaţiei.

Astfel, pentru a avea indicii de vitalitate a unei populaţii, nu este suficient a cerceta numai natalitatea, ci trebue să urmărim, precum am văzut, şi fecunditatea, adică numărul naşterilor raportat la cifra femeilor în vârsta de procreaţie (15—45 ani), din colectivitatea res pectivă. Apoi, în interiorul fertilităţii generale, se examinează pro-centul femeilor capabile de procreaţie, după grupele de vârstă.

Compoziţia populaţiei pe grupe de vârstă trebue luată în consi-derare şi pentru aprecierea mortalităţii. Cifra mortalităţii generale nu are valoare decât în cazul când înăuntrul aceleiaşi populaţii se compară proporţia numerică dintre cele trei mari categorii de vârstă: copii, adulţi şi bătrâni. Dacă de pildă se observă frecvent creşterea mortalităţii în mediul rural, faptul e datorit exodului adulţilor spre oraşe, aşa încât în populaţia satelor rămân adesea numeric dominante vârstele care dau cea mai mare mortalitate (copii şi bătrâni) ; în atari condiţiuni, simpla comparaţie între proporţiile de mortalitate globală cuprinzând toate grupele de vârstă, între mediul urban şi cel rural, nu ne dă imaginea reală pentru orientarea statisticii biologice. Numai cercetând mortalitatea pe grupe de vârstă vom trage concluziuni valabile.

Dinamica populaţiei se întemeiază pe cercetări numerice, în do-meniul biologic şi în cel social, destinate a aduna un total de elemente pentru previziuni în evoluţia demografică a unei ţări, şi a da orien-tările necesare dirijării viitoare a populaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

1. *Examenul și clasificarea populațiilor după structura pe grupe de vârstă*

a. Analiza grupelor de vârstă

Deși „grupa de vârstă", în statistica vitală, reprezintă un criteriu convențional, totuși, raportându-ne la aspectul biologic al problemei, cel economic și cel social, s'a convenit a se lua în considerare trei mari grupe de vârstă, după diviziunea lui *Sündberg*:

Grupa *0—15 ani*; aceasta e perioada evoluției biologice ascendente a individului, a creșterii și a pubertății; totodată, e vârsta foarte receptivă la influențele mediului ambiant, pe care medicina socială le poate corecta; în fine, aceasta e vârsta la care individul înfățișează energia potențială pentru generațiile viitoare.

Grupa de vârstă *15—50 ani* este epoca maturității biologice, în sensul stabilizării organice și funcționale. Totodată e perioada producției maxime sociale și economice a individului.

Grupa de *peste 50 ani* este epoca din viață în care se instalează scăderea progresivă organică și funcțională, cu reducerea activității și scăderea producției.

In general, la toate popoarele, grupa mijlocie a populației, între 15 și 50 ani, oscilează în jurul proporției de 50% din populația globală. Considerând deci această grupă de vârstă ca fiind aproape invariabilă numeric, concurența forțelor demografice se face de fapt între grupele celelalte, adică 0—15 și peste 50 ani. Aceasta imprimă adevăratul caracter al dinamismului demografic al națiunilor și le clasifică sub raportul vitalității.

Situațiunea unei populații va fi cu atât mai favorabilă din punct de vedere biologic și economic cu cât grupa de vârstă 0—15 ani va ocupa un procent mai mare din populația globală și grupa de dincolo de 50 ani un procent mai mic. In această situațiune se află popoarele numite *tinere* sau *progresive*, care cresc constant numericește. Infățișarea grafică a stratificației acestor popoare pe grupe de vârstă ne dă imaginea unei piramide, cu baza largă reprezentând vârsta copilăriei și vârful vârsta bătrânilor.

In detaliu, proporțiile sunt următoarele: grupa de vârstă 0—15 ani intră în proporție de 35—40% din populația globală; grupa 15—50 ani în proporție de 50%, grupa de peste 50 ani în proporție de 10—15%.

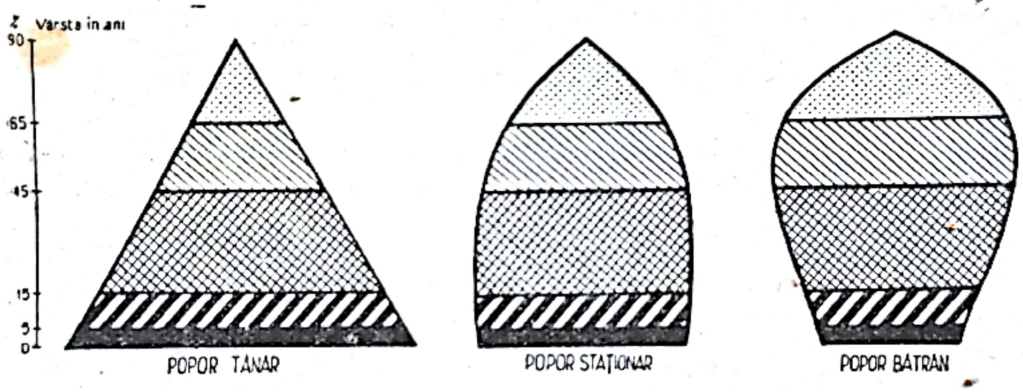
O a doua categorie e formată din popoarele la care grupul mai bine reprezentat numericește este al vârstei adulte (15—50 ani). Imaginea grafică a acestor popoare numite *staționare* este aceea a unui *clopot*.

Proporţia grupelor de vârstă este aci următoarea: grupa 0—15 ani reprezintă numai 25—35% din populaţia globală; grupa 15—50 ani intervine cu 50—55%, iar grupa de peste 50 ani cu 15—20%. Caracterizarea situaţiei: procent redus de tineri, contrastând cu o proporţie relativ apreciabilă de bătrâni.

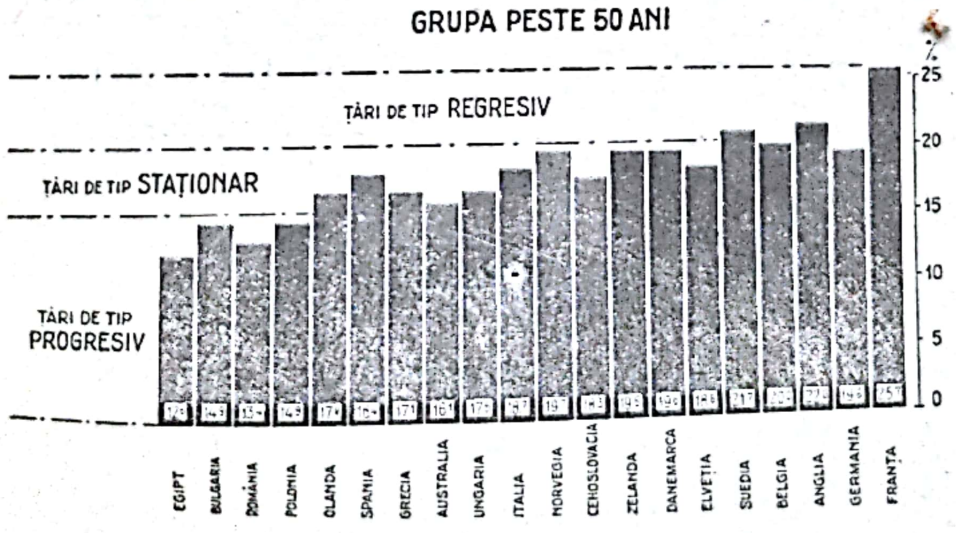
Intr'o a treia grupă intră popoarele *bătrâne* sau *regresive*, la care descendenţa nu mai alimentează regenerarea populaţiei cu tineret decât într'o proporţie redusă. Infăţişarea grafică a acestor popoare capătă aspectul unei *urne*, baza — corespunzătoare tineretului — fiind scurtă, iar în schimb vârstele înaintate ocupând un loc important.

Raportul dintre grupele de vârstă arată că procentul grupei 0—15 ani este scăzut la 20—25%, grupa de 15—50 ani dă un procent de 50—55%, în fine grupa de peste 50 ani reprezintă 20—25% din populaţia globală. Există deci cam un sfert din populaţia ţării care nu se mai află în vârsta validităţii biologice şi economico-sociale

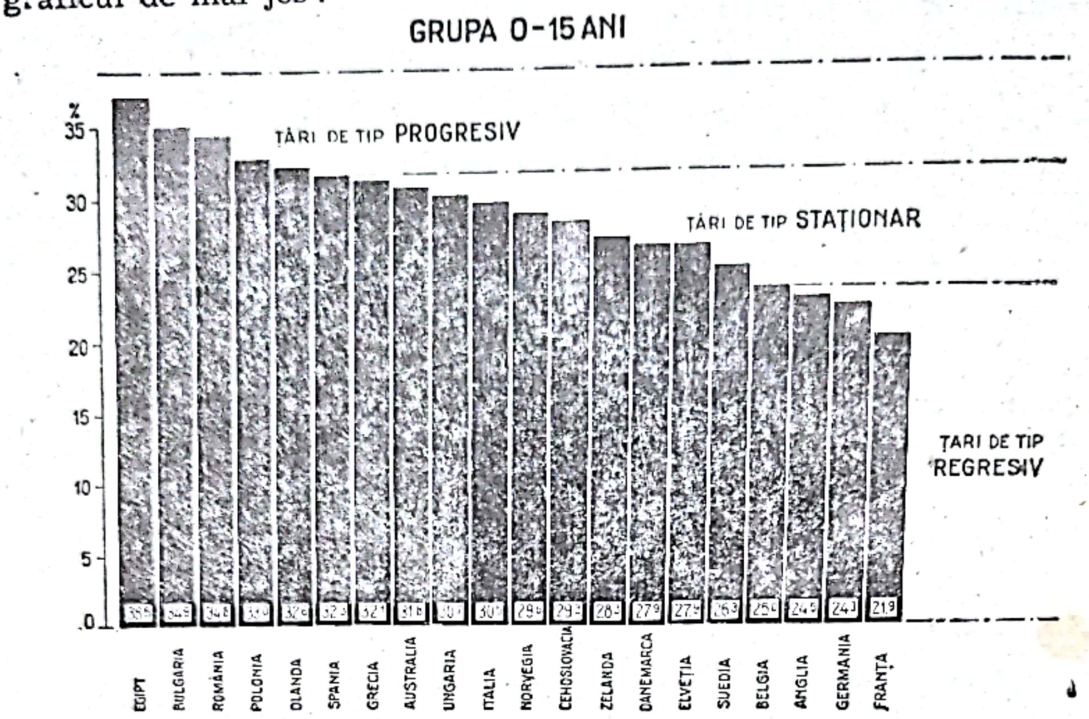
REPREZENTAREA GRAFICĂ A CELOR TREI TIPURI FUNDAMENTALE DE POPULAŢIE



In ce priveşte *proporţia grupei de vârstă peste 50 ani* (din totalul populaţiei în diferite ţări, ea ne este redată de graficul următor:



Repartiţia procentuală a *grupei de vârstă 0—15 ani* se vede din graficul de mai jos :



Sündberg, notând populaţia globală cu coeficientul 100, stabileşte astfel modalităţile de repartiţie a populaţiei după grupele de vârstă şi tipurile de popoare :

COEFICIENŢII GRUPELOR DE VÂRSTĂ
(POPULAŢIA GLOBALĂ FIIND NOTATĂ CU COEFICIENTUL 100)

Grupe de vârstă	*Populaţie standard*	*Tip. progresiv*	*Tip. staţionar*	*Tip. regresiv*
0—15 ani	33,3	40,0	26,5	20,0
15—50 ani	50,0	50,0	50,5	50,0
peste 50 ani	16,7	10,0	23,0	30,0

Este interesant de analizat şi raportul numeric dintre *sexe,* după grupele de vârstă. Mai întâi, distribuţia populaţiei globale, după sexe, pe plan internaţional, reese din tabloul comparativ-următor :

POPULAŢIA DUPĂ SEX COMPARATĂ PE PLAN INTERNAŢIONAL
(PROCENTUL FIECĂRUI SEX, DIN POPULAŢIA GLOBALĂ)

Ţara	*Anul*	*Bărbaţi %*	*Femei %*
Canada	1931	51.8	48.2
Statele Unite	1930	50.7	49.3
Japonia	1930	50.3	49.7
Bulgaria	1934	50.2	49.8
Olanda	1930	49.7	50.3
Grecia	1928	49.6	50.4
Belgia	1930	49.5	50.5
Jugoslavia	1931	49.5	50.5
Suedia	1931	49.2	50.8
România	1930	49.1	50.9
Danemarca	1930	48.9	51.1
Italia	1931	48.9	51.1

Scanned with OKEN Scanner

Ungaria	1930	48.9	51.1
Spania	1930	48.8	51.2
Norvegia	1930	48.8	51.2
Germania	1933	48.5	51.5
Cehoslovacia	1930	48.5	51.5
Franța	1931	48.3	51.7
Elveția	1930	48.2	51.8
Anglia	1931	47.9	52.1
U. R. S. S.	1928	47.5	52.5

Reese din acest tablou că proporția populației masculine este aproape în toate țările mai mică decât cea a populației feminine. Fac excepție: Canada, U.S.A., Japonia și Bulgaria, unde, în anii arătați, procentul bărbaților întrece cu puțin pe cel al femeilor.

Pe grupe de vârstă, statisticile arată că grupele tinere (0—15 ani) au un procent mai mare de populație masculină decât feminină; se constată egalitate numerică — cu mici fluctuațiuni — la grupa de vârstă 15—50 ani și o proporție mai mare de femei la grupele de peste 50 ani.

Acest fenomen se explică prin numărul mai mare de nașteri de sex masculin, de unde rezultă preponderența numerică a băeților în grupa 0—15 ani, apoi prin faptul că decesele masculine sunt mai numeroase în grupele de vârstă înaintate. Aceleași fapte explică egalitatea proporțiilor celor două sexe la grupa de vârstă 15—50 ani.

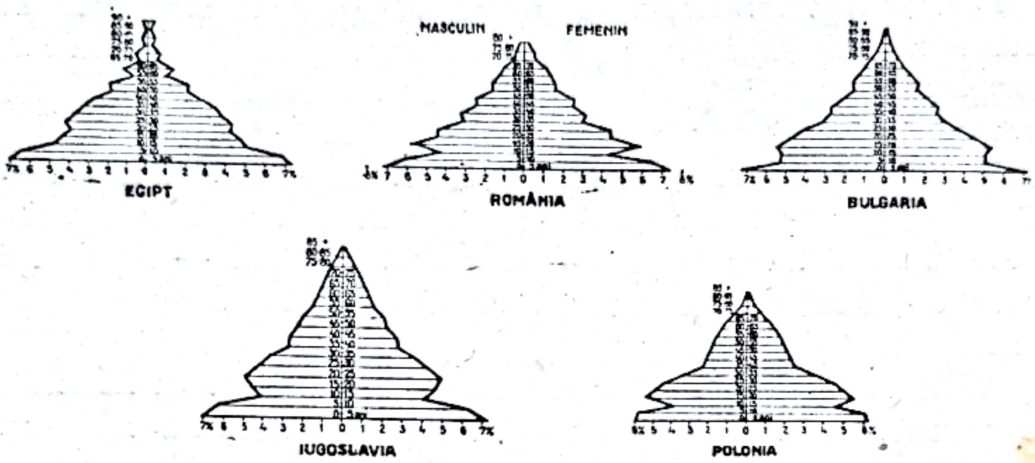
b. Clasificarea țărilor după raportul grupelor de vârstă

Luându-se drept criteriu situația numerică a grupelor de vârstă în interiorul populației fiecărei țări și cercetându-se raportul dintre ele, vom putea determina căreia din cele 3 categorii (progresivă, staționară, regresivă) aparține fiecare țară. Tabloul de mai jos ne oferă posibilitatea acestei clasificări:

DISTRIBUȚIA POPULAȚIEI ÎN DIFERITE ȚĂRI, PE GRUPE DE VÂRSTĂ
PROCENTUL GRUPELOR DIN TOTALUL POPULAȚIEI

Țările	Populația	Anul	0—4	5—9	10—14	15—19	20—24	52—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60+	0—15 ani	15—50	50+
România	18.052.896	1930	14.6	12.1	8.0	11.7	9.0	8.6	6.0	6.5	5.0	5.1	3.2	3.2	6.0	34.7	51.9	12.4
Bulgaria	5.479.000	1926	14.3	10.4	10.3	11.0	9.7	8.1	6.3	5.6	5.4	4.2	3.3	3.3	8.1	35.0	50.3	14·7
Jugosl.	13.934.000	1931	14.1	12.6	7.9	9.2	9.8	8.4	7.2	5.5	5.2	4.6	4.1	3.1	8.2	34.6	49.9	15·5
Japonia	64.067.000	1930	14.0	12 1	10.6	10.1	8.6	7.5	6.5	5.6	5.1	4.7	4.4	3.4	7.4	36.7	48.1	15·2
Italia	41.177.000	1931	11.1	10.9	7.7	9.8	9.3	7.8	7.0	6.1	5.7	5.2	4.6	4.0	10.8	29.7	50.9	19·4
Olanda	7.936.000	1930	10.5	10.6	9.5	9.4	8.9	8.2	7.3	6.5	5.7	5.2	4.7	4.0	9.4	30.6	51.2	18·2
Spania	21.390.000	1920	10.5	10.9	10.8	9.7	8.6	7.4	6.9	5.8	6.1	4.9	4.8	3.8	9.5	32.2	49.4	18·4
Ungaria	8.688.000	1930	10.1	10.3	7.1	9.6	9.7	8.6	8.1	6.7	5.9	5.5	4.7	3.9	9.7	27.5	54.1	18,4
Cehos.	14.730.000	1930	9.6	10.3	6.4	9.3	10.0	9.2	8.1	6.7	5.8	5.3	4.8	4.3	10.2	26.3	54.4	19·3
St. Unite	2.775.000	1930	9.3	10.3	9.8	9.4	8.9	8.0	7.4	7.5	6.5	5.7	4.9	3.8	8.5	29.4	53.4	17·2
Danem.	3.550.000	1930	8.8	9.4	9.2	9.2	9.0	8.2	7.6	6.7	6.1	5.6	5.0	4.2	10.8	27.4	52.4	20·2
Norveg.	2.814.000	1930	8.4	9.9	10.1	9.6	8.7	8.1	7.6	6.6	5.7	4.9	4.7	3.9	11.6	28.4	51.2	20·4
Elveția	4.066.000	1930	8.0	8.5	8.0	8.9	9.2	8.7	7.9	7.0	6.3	6.0	5.7	4.8	10.7	24.5	54.0	21·5
Suedia	6.142.000	1930	7.4	8.5	8.9	9.1	9.1	8.3	7.5	6.9	6.3	5.7	5.2	4.4	12.8	24.8	52.9	22·3
Grecia	6.205.000	1928	12.3	10.1	9.7	11.2	8.8	8.4	6.2	6.0	5.3	5.0	4.4	3.4	8.9	32.1	50.9	18·0
Franța	41.229.000	1931	8.7	8.6	5.6	7.4	8.2	8.5	7.9	6.7	6.5	6.2	6.0	5.5	14.0	22.9	51.4	25·7
Belgia	8.092.000	1930	8.2	8.5	6 2	8.0	8.7	8.9	8.3	7.3	6.6	6.4	5.9	5.2	11.8	22.9	[illegible]	22·9
Anglia	44.765.000	1931	7.5	8.3	8.0	8.6	8.7	8.4	7.6	7.0	6.7	6.4	6.0	5.2	11.6	[illegible]	[illegible]	21·8
German.	65.362.000	1933	7.3	8.2	8.7	6,2	9.4	9.4	8.8	7.5	6.6	6,1	5.5	5.2	[illegible]	24.2	54.0	21·8

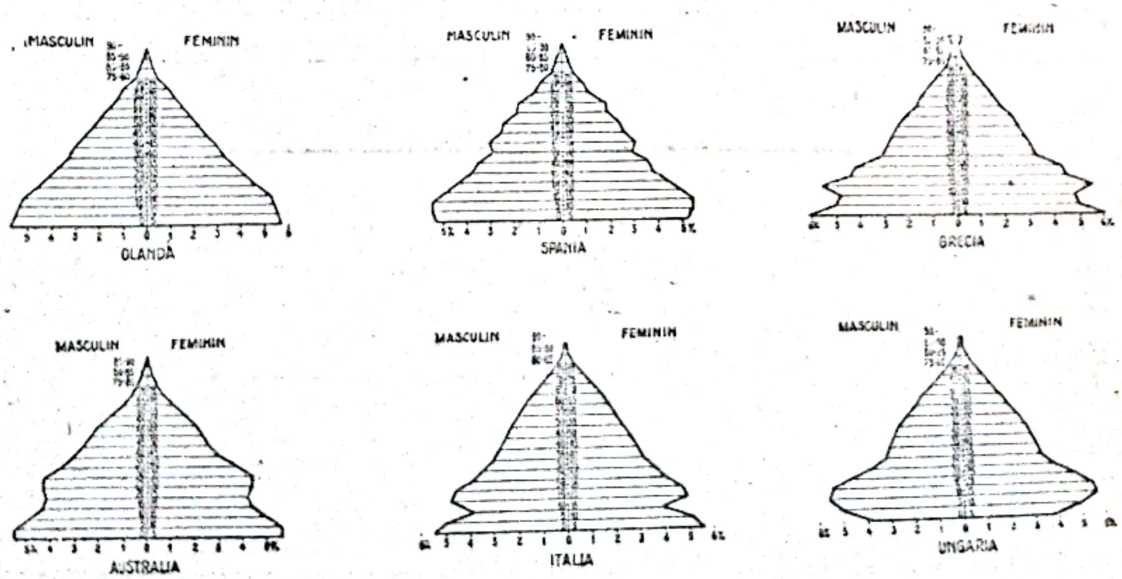
Intră în categoria ţărilor de tip progresiv: România, Bulgaria, Polonia, Jugoslavia şi Egiptul. Expresiunea grafică este o piramidă Intr'adevăr, independent de variaţiuni de detaliu dela o ţară la alta, regăsim caracteristica comună: baza largă corespunzătoare indivizilor tineri; vârful mult ascuţit, corespunzând grupelor de vârstă la extrema limită a duratei vieţii.

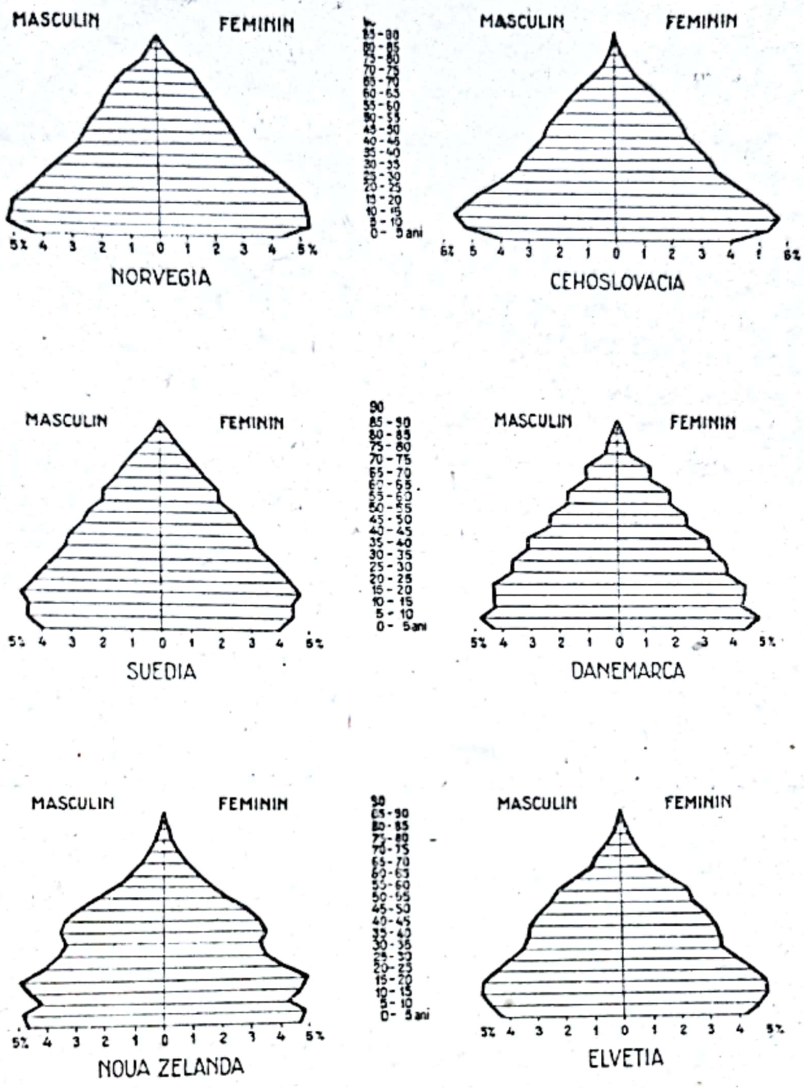


In ce priveşte evoluţia demografică a României, câteva consideraţiuni instructive istorice au fost făcute de *H. Haufe* (54). Fenomenul cel mai caracteristic este marea creştere a populaţiei în Vechiul Regat şi în unele din provinciile alipite

In categoria ţărilor de tip progresiv intră şi Rusia; în ce priveşte situaţia demografică a U.R.S.S., un studiu documentat i-a fost consacrat cu prilejul Congresului de demografie din 1937, de către *A. Roubakine* (55).

Intră în grupa ţărilor de tip staţionar: Olanda, Spania, Grecia, Australia, Ungaria, Italia, Norvegia, Cehoslovacia, Noua Zeelandă, Danemarca, Suedia şi Elveţia.

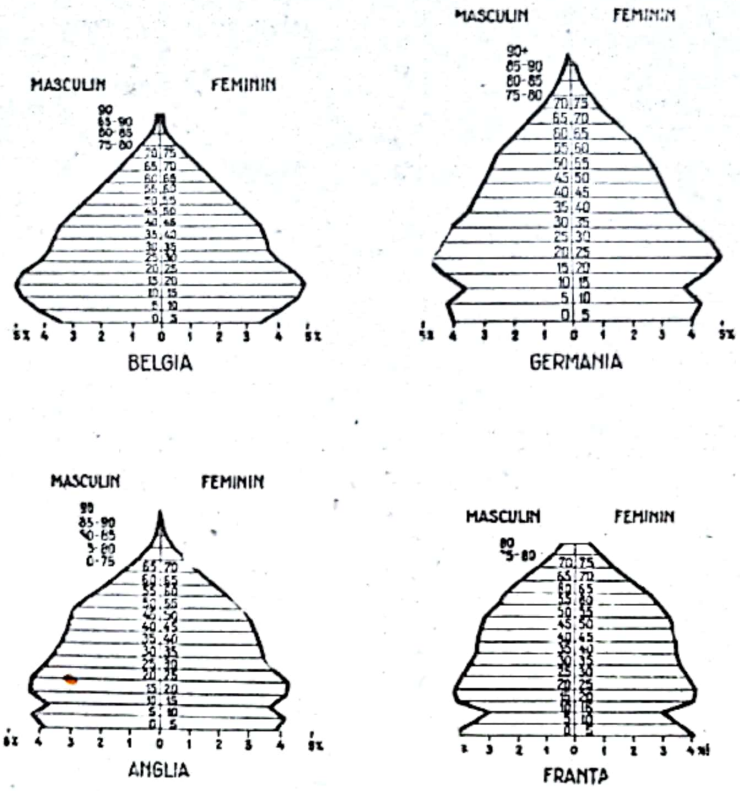




Dintr'un studiu al lui *J. Sanders* (56), rezultă că în 1930, natalitatea în Olanda a fost de 23,0, mortalitatea 9,1 și excedentul 13,9. Intru cât acest excedent destul de mare exprimă o realitate demografică, ne arată studiul structurii populației olandeze pe grupe de vârstă. Ori, se constată că, pe când grupele de vârstă tinere marchează scăderi din punct de vedere numeric, grupele bătrânilor prezintă creșteri. Asistăm cu alte cuvinte la fenomenul îmbătrânirii în structura pe grupe de vârstă a populației.

In țările așa numite de *tip regresiv* intră : Belgia, Anglia, Germania, Franța. Infățișarea lor grafică se apropie de acea a unei *urne*.

In legătură cu înfățișarea grafică a diferitelor structuri de populație, e de remarcat că războiul 1914—1918 a provocat importante modificări în unele grupe de vârstă : pe de o parte repercutările s'au exercitat asupra grupului adulților tineri (diminuare numerică), pe de altă parte asupra grupelor 0—5



și 0—10 ani, cari au fost considerabil diminuate numeric, din cauza denatalității anilor războiului și postbelici. Aceasta s'a întâmplat mai ales în Ungaria și în Cehoslovacia.

Din punct de vedere dinamic, se remarcă faptul că dela un an la altul stratificarea populațiilor se modifică, efectuându-se lente treceri dela tipul poporului tânăr spre tipul celui staționar și chiar al celui bătrân. Evident că aceste treceri se fac mai încet pentru țările de tip progresiv, ritmul accentuându-se la celelalte tipuri.

Dacă înfățișăm grafic, pentru toate țările, grupele de vârstă și situația lor la diverse recensăminte, putem urmări concurența demografică între grupele respective. Reprezentarea grafică a repartiției populației pe grupe de vârstă în paralelă pe două recensăminte, arată evident modificarea stratificării populației în timp, pentru Germania, Italia, România (graficul pag. 279). Modificările se produc, în proporții variate, la toate popoarele.

c. Evoluția structurii populației statelor

Precum am menționat, raporturile dintre grupele de vârstă se modifică în timp, sub influența diverșilor factori ; acest fenomen conduce la schimbarea însăși a structurii populației.

Intr'adevăr, scăderea mortalității, scăderea natalității și modifi-

cările excedentului natural duc la o deplasare a grupelor de vârstă: procentul vârstelor înaintate crește. Creșterea este mică la țările de tip progresiv, accentuată la cele staționare și foarte mare la cele regresive.

Tabloul următor ne arată evoluția structurii populației în timp. Se poate urmări modificarea proporțiilor grupelor de vârstă pentru diferite țări, la diferite epoci:

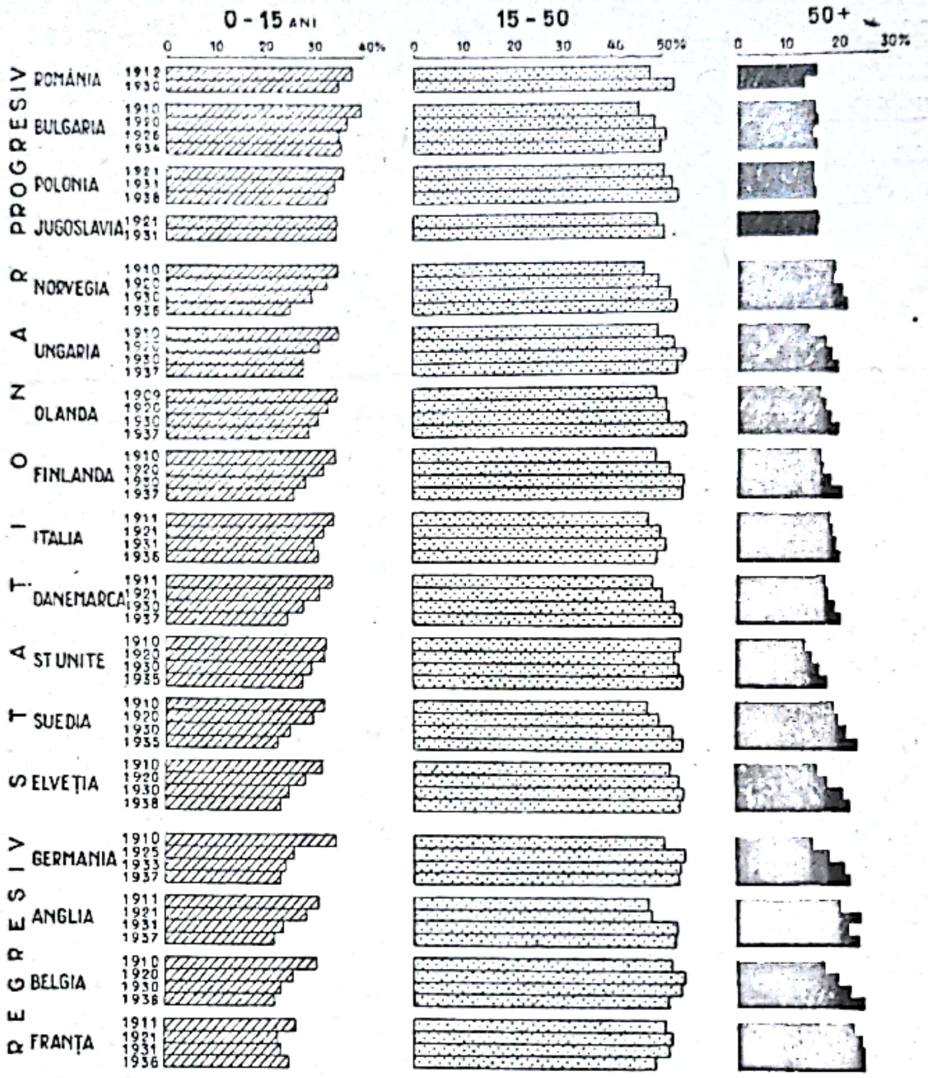
EVOLUȚIA STRUCTURII POPULAȚIEI LA DIFERITE EPOCI ÎN ȚĂRILE DE TIP PROGRESIV, STAȚIONAR ȘI REGRESIV. PROPORȚIILE GRUPELOR DE VÂRSTĂ DIN TOTALUL POPULAȚIEI

Tipul	Țările	Anii	0-15 ani	15-50	50+
Progresiv	Bulgaria	1910	39.7	45.3	15.0
		1920	36.2	48.4	15.4
		1926	34.9	50.3	14.8
		E 1934	35.4	49.2	15.4
	România	1912	37.1	47.6	15.3
		1930	34.7	51.8	13.5
	Polonia	1921	35.4	49.7	14.9
		1931	33.4	51.8	14.8
		E 1938	32.6	52.5	14.9
	Jugo-slavia	1921	34.8	48.8	16.4
		1931	34.6	49.9	15.5
Staționar	Norvegia	1910	34.9	45.9	19.2
		1920	32.1	49.0	18.9
		1930	28.5	51.2	20.3
		E 1936	24.5	54.4	21.1
	Ungaria	1910	34.8	48.8	14.4
		1920	30.6	51.9	17.5
		1930	27.5	54.0	18.5
		E 1937	27.3	53.0	20.5
	Olanda	1909	34.5	48.9	16.6
		1920	32.6	50.5	16.9
		1930	30.6	51.2	18.2
		E 1937	28.6	52.1	19.3
	Finlanda	1910	34.2	49.1	16.6
		1920	31.7	51.4	16.9
		1930	28.0	53.5	18.5
		E 1937	25.8	53.7	20.5
	Italia	1911	34.0	47.1	18.9
		1921	31.3	49.7	19.0
		1931	29.7	50.8	19.5
		E 1936	30.6	49.0	20.4
Staționar	Dane-marca	1911	33.6	48.2	18.2
		1921	31.2	50.4	18.4
		1930	27.5	52.5	20.0
		E 1937	24.6	54.0	21.4
	St. Unite	1910	32.1	53.8	14.1
		1920	31.8	52.8	15.4
		1930	29.4	53.5	17.7
		E 1935	27.3	53.9	18.8
	Suedia	1910	31.7	47.6	20.7
		1920	29.3	49.9	20.8
		1930	24.8	52.8	22.4
		E 1935	22.1	54.4	23.5
	Elveția	1910	31.3	51.8	16.9
		1920	27.9	53.4	18.8
		1930	24.6	54.2	21.2
		E 1938	22.7	54.1	23.2
Regresiv	Ger-mania	1910	33.9	50.7	15.4
		1920	25.8	55.5	18.7
		1933	24.2	54.0	21.8
		E 1937	23.1	54.0	22.9
	Anglia și Ț. Gal.	1911	30.6	48.0	21.4
		1921	27.7	46.9	25.4
		1931	23.8	53.5	22.7
		E 1937	21.8	53.3	24.9
	Belgia	1910	30.5	51.8	17.7
		1920	25.0	55.0	20.0
		1930	23.0	54.2	22.8
		E 1938	22.2	52.3	25.5
	Franța	1911	25.8	51.2	23.0
		1921	22.7	52.1	25.2
		1931	23.0	51.5	25.5
		E 1936	25.2	48.9	25.9

E = estimație
Pentru ceilalți ani, datele sunt rezultatele recensămintelor.

Grafic, evoluția redată în tabloul de mai sus este reprezentată în modul următor:

EVOLUȚIA STRUCTURII POPULAȚIEI LA DIFERITE EPOCI ÎN ȚĂRILE DE TIP PROGRESIV, STAȚIONAR ȘI REGRESIV



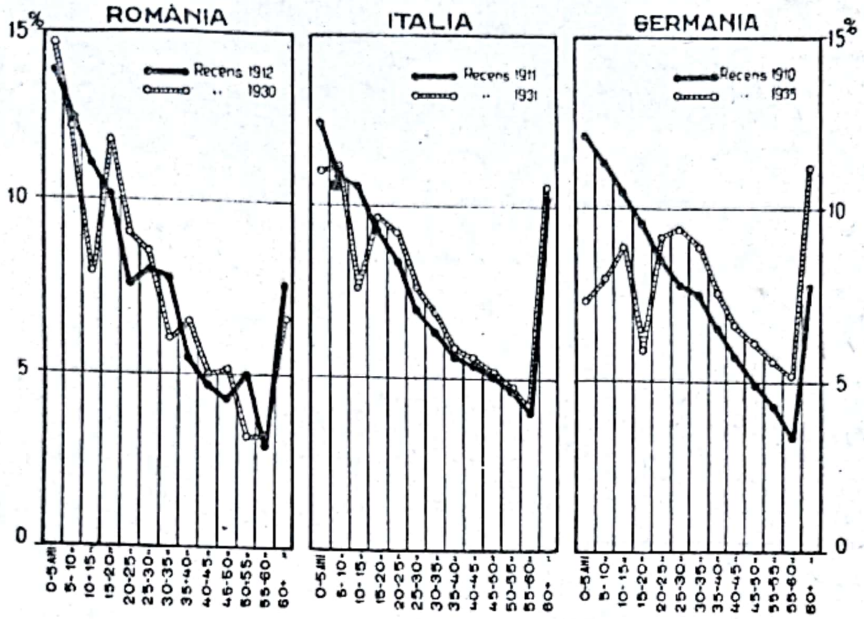
Trebue să ținem însă seama de faptul că fenomene sociale neprevăzute pot modifica uneori evoluția regulată a popoarelor după curbele analizate.

Pe de altă parte, creșterea mediei de viață devine ea însăși, la un moment dat, o cauză de modificare a curbei de evoluție demografică. Intr'adevăr, precumpănind grupele de vârstă înaintată, va crește mortalitatea corespunzătoare acestor vârste și în consecință vom avea și o mortalitate generală mare. In acel moment, survine modificarea în favoarea grupelor de vârstă tinere, cari ajung să reprezinte un procent mai mare din populația globală.

In fine, o politică demografică dirijată poate influența mișcarea populației deasemenea în favoarea grupelor de vârstă tinere, cum este cazul Germaniei în ultimii 10 ani.

Scanned with OKEN Scanner

MODIFICAREA STRUCTURII POPULAȚIILOR CĂTORVA ȚĂRI, DELA UN RECENSĂMÂNT LA ALTUL



In graficul de mai sus am redat modificarea de structură demografică pentru trei țări: România, Italia și Germania.

2. *Tendințele evolutive ale populației diverselor state*

Aprecierea vitalității diverselor națiuni se face după tendința generală evolutivă a complexului demografic: natalitatea, mortalitatea infantilă, mortalitatea celorlalte grupe de vârstă, în fine durata medie a vieții.

Urmărind în timp evoluția acestor fenomene demografice, vom putea deduce tendința ascendentă, staționară sau regresivă a fiecărei țări.

a. Țări cu evoluție ascendentă

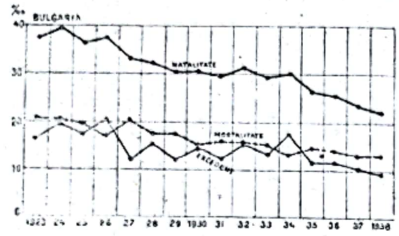
In acest grup intră țările cu populație „tânără". Din cauza natalității lor foarte ridicate, aceste țări, deși au o mortalitate deasemenea mare, își mențin un excedent natural destul de important.

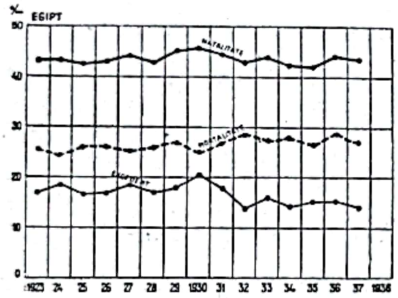
Schemele grafice dela pag. 280 ne arată evoluția natalității, mortalității și excedentului natural pentru Bulgaria, Egipt, Jugoslavia, Polonia și Japonia, în perioada 1923—1938, iar pentru România pe timp de 7 decenii, cu începere dela 1860.

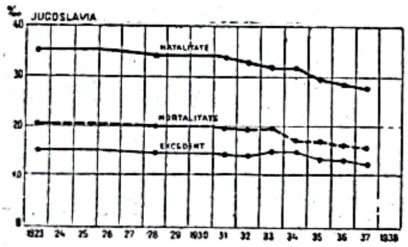
b. Țări staționare

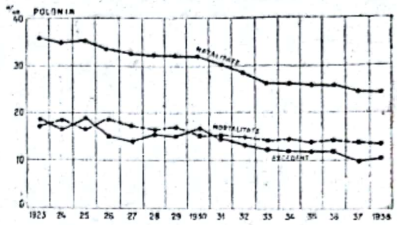
In această grupă intră țările a căror situație demografică, în ansamblul ei și pe o epocă lungă, manifestă o tendință staționară. Această situație este exprimată în graficele dela pag. 281—283.

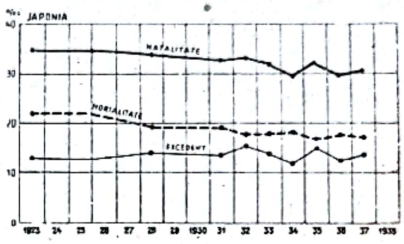
TĂRI CU EVOLUȚIE ASCENDENTĂ

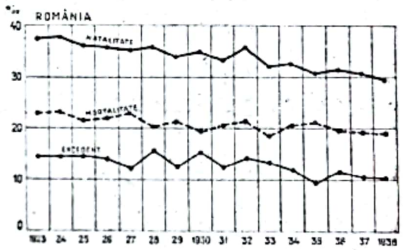


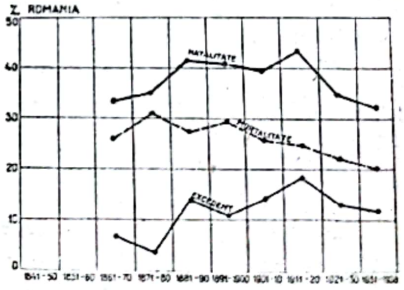






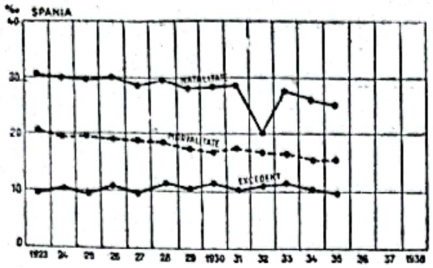


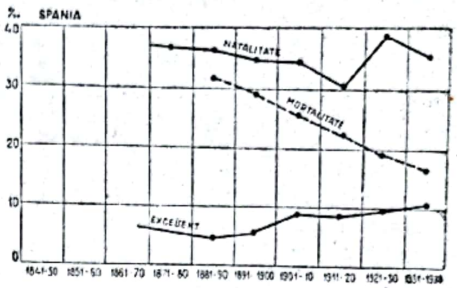


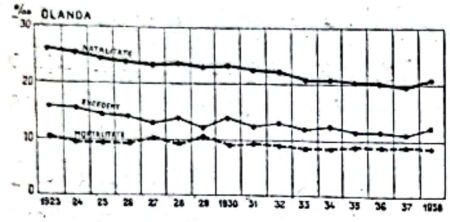


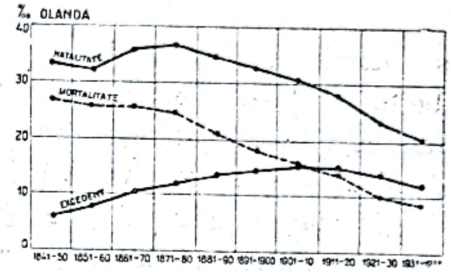
In *Olanda,* excedentul natural, după ce și-a atins punctul culminant cam pe la anul 1905, a început apoi a descreşte, cu toate că și mortalitatea descreşte în acest timp (a intervenit denatalitatea, aşa încât minusul de mortalitate n'a mai putut echilibra total deficitul de naşteri). In sine însă, excedentul rămâne mulţumitor (11,2 la mie în anii 1936-1938).

In ce priveşte *Spania,* deşi excedentul ei natural a prezentat, după 1906, o tendinţă la creştere, această tendinţă a rămas însă mult mai slabă în deceniul 1924—1933 decât era mai înainte.



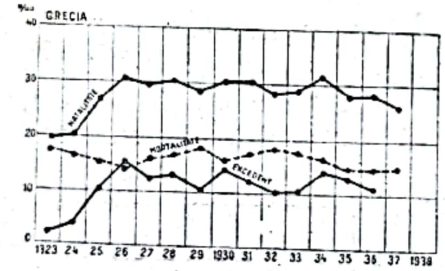


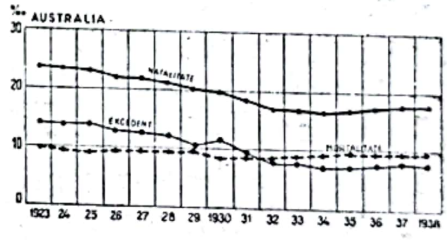




In *Grecia*, natalitatea merge descrescând cu începere din 1931, cu excepţia urcării trecătoare din 1934, pe când mortalitatea se menţine staţionară din 1930. Excedentul natural al populaţiei acestei ţări merge uşor descrescând.

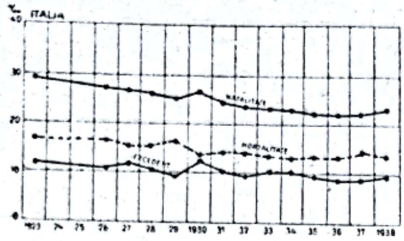
Australia, cu toate că are o mortalitate foarte scăzută, prezintă un excedent cu tendinţă deficitară, fenomen explicabil prin denatalitatea rapidă care urmează după 1923 şi nu începe a se atenua uşor decât în ultimii ani.

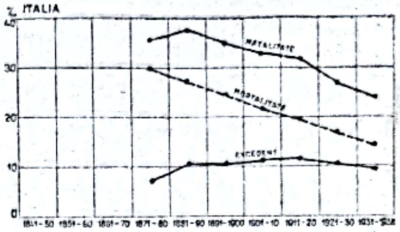




Italia, deşi se bucură de roadele politicii de încurajare demografică din ultimul timp, prezintă un bilanţ staţionar. E adevărat că mortalitatea are o tendinţă spre rapidă descreştere, dar şi tendinţa natalităţii este regresivă ; excedentul natural, care în 1915 atinsese un punct maxim de 12-13 la mie, se menţine în ultimul timp sub 10 la mie.

Ungaria a prezentat, în trecutul ei, un moment foarte critic, din punct de vedere demografic. Este vorba de perioada 1871—1880, în care mortalitatea generală s'a urcat până la 43 la mie, în timp ce natalitatea se menţinea staţionară ; deaceea vedem excedentul natural coborînd, în această perioadă, până la un minim de 2 la mie. Ulterior



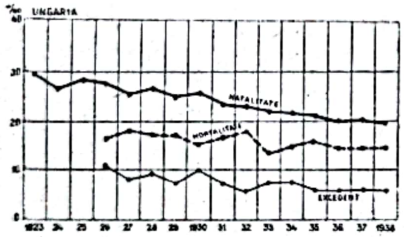


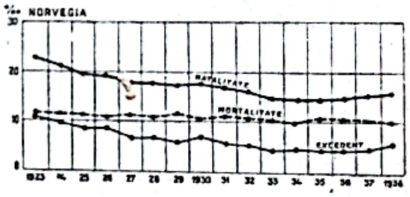
s'a instalat o evoluție demografică ascendentă, până spre perioada războiului 1914—1918. După război, excedentul natural a prezentat iarăși o tendință la descreștere progresivă, așa încât după 1921 și mai ales după 1926 a coborît mult sub 10 la mie.

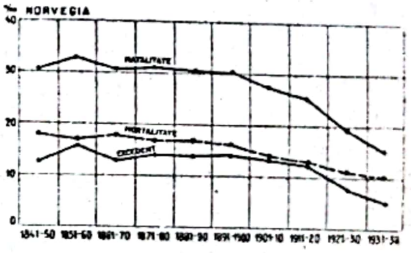
Norvegia prezintă și ea un excedent care, dela 1921 înainte, rămâne mult sub 10 la mie, iar în ultimii ani coboară chiar spre 5‰.

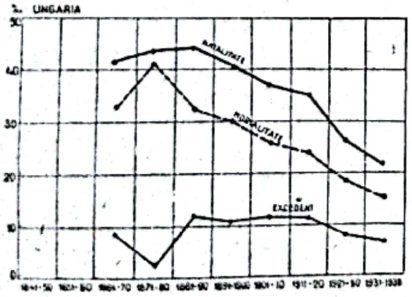
In *Cehoslovacia,* remarcăm că mortalitatea n'a prezentat, dela 1924 încoace, oscilații mai apreciabile, pe când natalitatea scade. Rezultatul este că excedentul are tendință către regres.

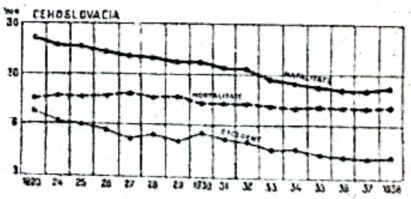
Danemarca, după ce a prezentat timp de 60 ani o evoluție ascendentă a excedentului natural al populației sale, a început în urmă să aibă o curbă descendentă, excedentul coborînd sub 10 la mie.

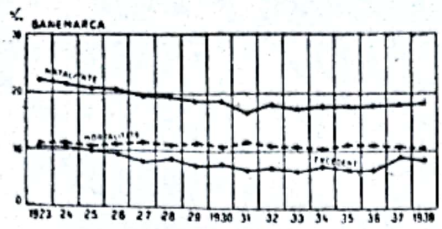


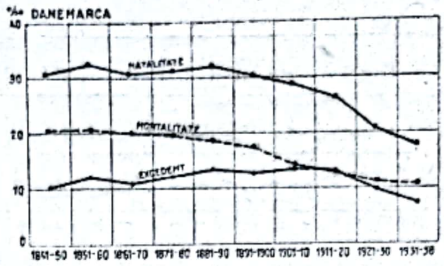








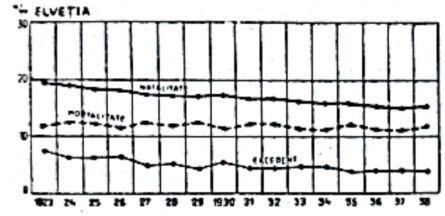


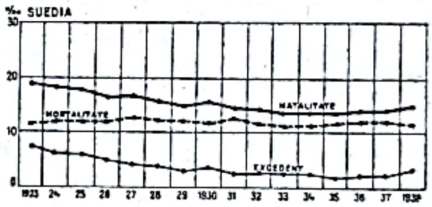


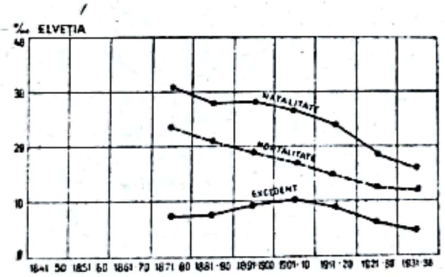
In *Elveţia*, deşi mortalitatea prezintă una din cele mai tipice curbe descendente (de 8 decenii încoace), excedentul rămâne totuşi sub 10 la mie, din cauza tendinţei descrescânde a natalităţii.

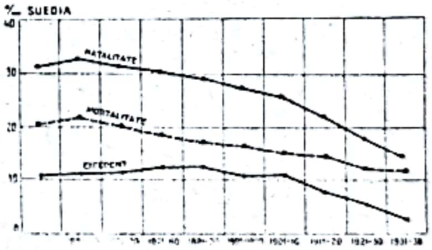
Suedia prezintă curba excedentului până la 1910 sub 10 la mie; după această dată a descrescut constant.

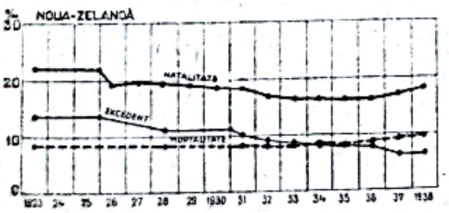
Noua Zelandă, deşi are mortalitatea cea mai redusă de pe glob, prezintă totuşi un excedent natural sub 10 la mie, din cauza descreşterii natalităţii.

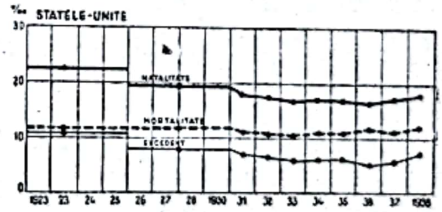












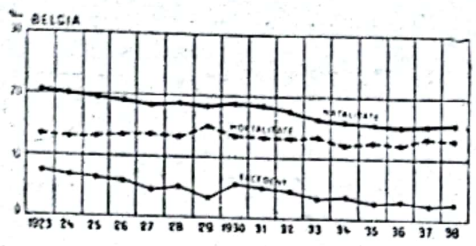
Statele-Unite prezintă un excedent cu oarecare tendinţă la scădere, din cauza mortalităţii în uşoară creştere în ultimii ani.

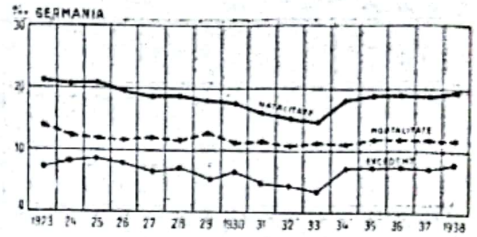
c. Ţări cu evoluţie descendentă

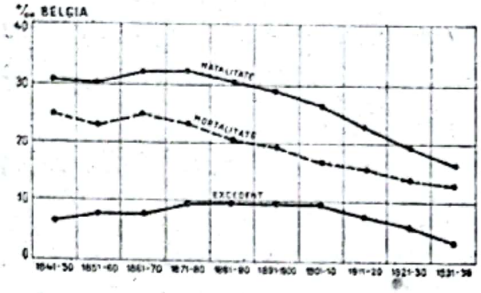
In acest grup intră statele cu populaţia de tip progresiv : Belgia, Anglia, Germania, Franţa.

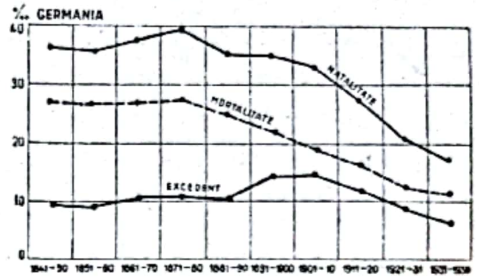
Din studiul graficelor următoare, deducem un număr de concluzii:

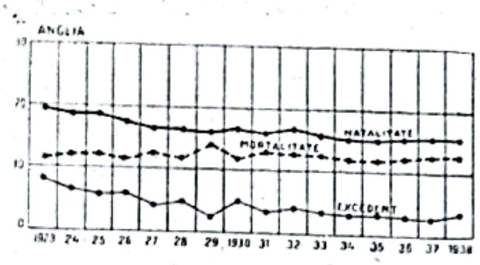
Scanned with OKEN Scanner

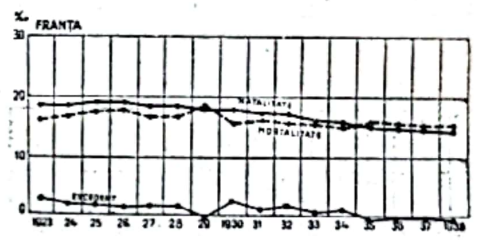


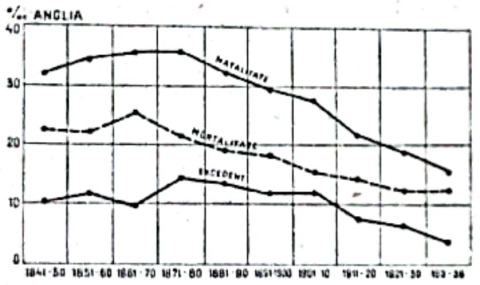


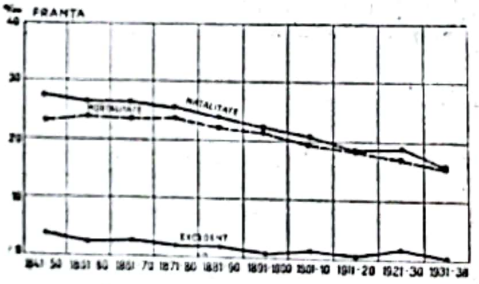












Belgia înregistra la mijlocul secolului trecut o natalitate de peste 30 la mia de locuitori; după o urcare trecătoare până spre 1880, natalitatea a început să scadă continuu, aşa încât în intervalul 1921—1925 coboară la 20,4, pentruca în 1938 să fie de 15,6. In ce priveşte excedentul, acesta rămâne aproape constant sub 10 la mie ; în intervalul 1921—1925 el a coborît la 5 la mie, iar în 1938 a ajuns la 2,6 la mie.

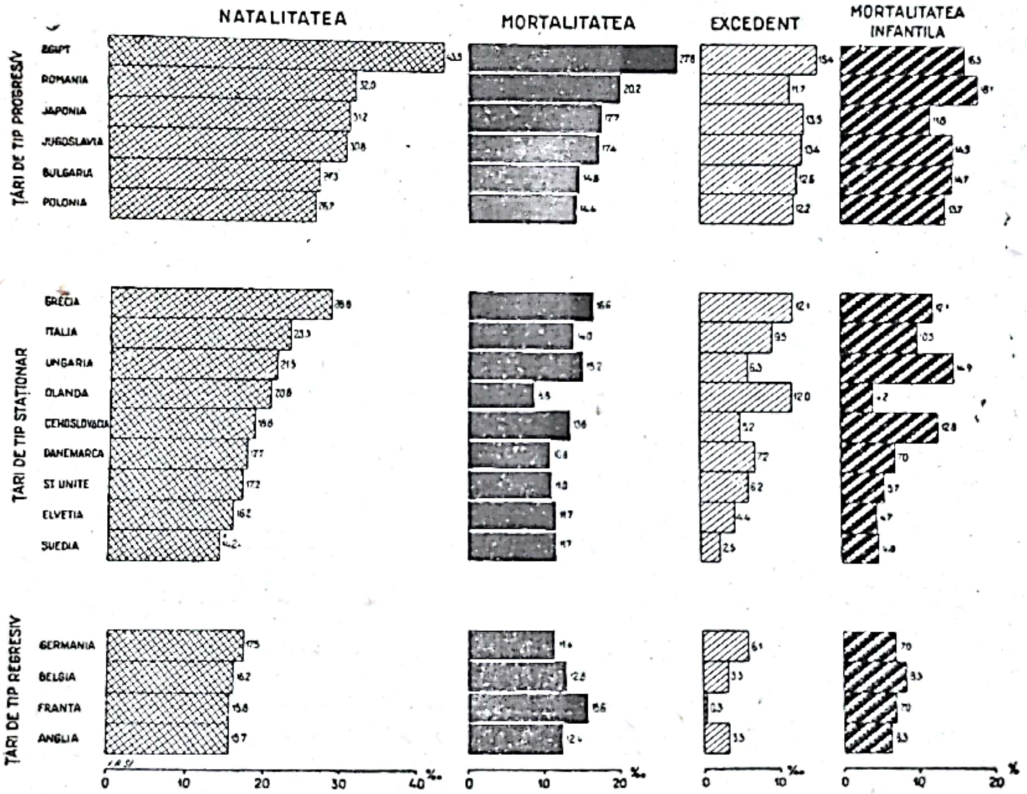
Anglia prezintă o situaţie cantitativă a populaţiei şi mai defavorabilă decât a Belgiei. Dela natalitatea de 33‰ şi 35‰ la mijlocul secolului trecut, s'a ajuns la o natalitate de 15‰ în intervalul 1931—1938. In ce priveşte excedentul, acesta a mers şi el descrescând puternic : dela maximul ce l-a atins în deceniul 1871—1880 (13‰), a ajuns să nu mai reprezinte decât 3,3‰ în intervalul 1931—1935.

Germania a prezentat până la 1933 un adevărat sub-bilanţ demografic. Natalitatea a ajuns, dela 37‰ la mijlocul secolului precedent,

la 26‰ în anul 1900 şi la 14,7‰ în anul 1933. Mortalitatea, deşi scăzând în mod apreciabil, nu s'a redus în aceeaşi proporţie cu natalitatea. Urmarea : excedentul natural în această perioadă a descrescut enorm. Începând însă cu anul 1933, natalitatea este în creştere, mortalitatea menţinându-se scăzută. Urmarea logică : creşterea excedentului, care a trecut dela 3,5 ‰ în 1933 la 8‰ în 1939.

Franţa prezintă un excedent natural, care începând cu anul 1850 a oscilat între 0,5—3,0 ‰, iar începând cu anul 1935 excedentul este negativ, adică e înlocuit cu un deficit de populaţie.

NATALITATEA, MORTALITATEA, EXCEDENTUL NATURAL ŞI MORTALITATEA INFANTILĂ, ÎN ŢĂRILE STUDIATE DIN PUNCTUL DE VEDERE AL TIPULUI DE POPULAŢIE (MEDIA ANILOR 1931—1938), PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI, IAR MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN PROPORŢIA LA SUTA DE NĂSCUŢI VII



Exprimarea sintetică caracteristică ţărilor progresive, staţionare şi regresive, o găsim în graficul de mai sus.

d. Evoluţia mortalităţii pe grupe de vârstă

α. Mortalitatea infantilă

Un factor demografic determinant pentru evoluţia populaţiei este *mortalitatea infantilă.*

In tabloul numeric şi în schemele grafice următoare este redată în mod amănunţit evoluţia mortalităţii infantile, pe tipuri de ţări, dela mijlocul secolului trecut şi până în perioada 1931—1938.

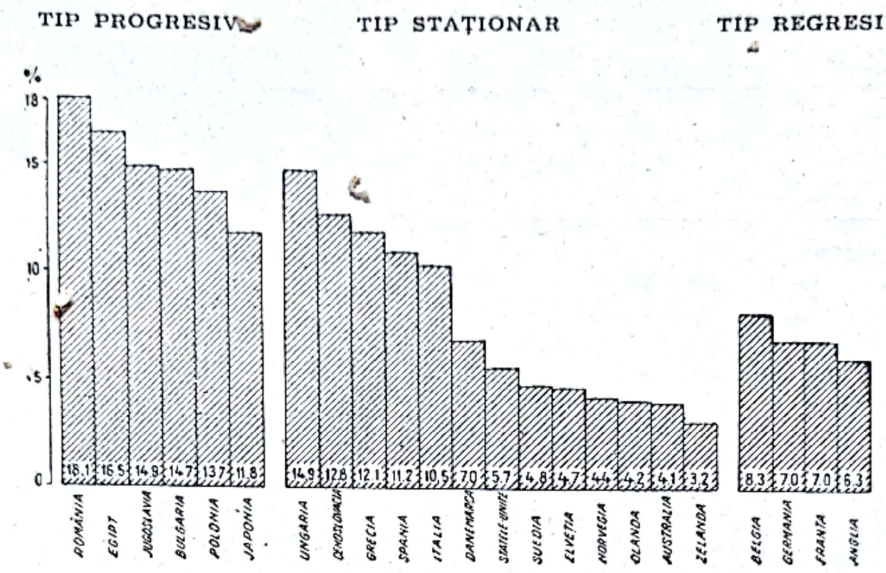
Scanned with OKEN Scanner

Mortalitatea infantilă în țările studiate din punctul de vedere al tipului de populație (Procentul la născuții-vii)

	ȚĂRILE	MEDII DECENIALE												MEDII ANUALE																
		1841—1850	1851—1860	1861—1870	1871—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930	1931—1938	Coeficientul de scădere	Timpul în care s'a produs	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
ȚĂRI DE TIP PROGRESIV	Egipt	—	—	—	—	—	—	—	—	14.8	16.5	0.9	5	—	—	—	—	—	—	—	15.1	16.1	17.4	16 2	16.6	16.1	16.4	16 5	—
	Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	—	15 2	14.7	2.4	11	16.5	15 0	15.2	12.7	16 8	14.9	15.3	13.8	15.6	15.0	14.6	13.1	15.4	14.4	14.9	14.4
	România	—	—	22.5	19.6	18.7	21.6	20.2	19.9	19.7	18.1	2.6	11	20.7	20.0	19.2	19.4	20.9	18.4	19.7	17.6	18 0	18.5	17 4	18 2	19.2	17.5	17.8	18.3
	Jugoslavia	—	—	—	—	—	—	—	—	15.1	14.9	2.6	5	—	—	—		1926—1930=15.1			15.3	16.5	16.7	14.0	15.0	14.4	13.7	14.1	—
	Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13.7	1.1	11	1921 - 1925=14.6				15.1	14.5	14.9	14.3	14.2	14.4	12.8	14.1	12.7	14.1	13 6	14.0
	Japonia	—	—	—	—	—	—	—	—	14 9	11.8	4.7	13	1921—1926=15.9, 1926—1930=13.7							12.4	13.2	11.8	12.1	12.5	10.7	11.7	10.6	—
ȚĂRI DE TIP STAȚIONAR	Olanda	19.0	19.8	19.9	20.4	17.8	15.8	12.5	9.5	5.8	4.2	3.0	15	6.6	6.1	5.8	6.1	5 9	5.2	5.9	5.1	5.0	4 6	4 4	4.3	4.0	3.9	3.8	3.6
	Spania	—	—	—	—	—	—	—	—	13.4	11.2	3 9	12	14.8	14.0	13.6	12.5	12.7	12.5	12.3	11 7	11.7	11.1	11.2	11.3	10.9	—	—	—
	Grecia	—	—	—	-	—	—	—	—	—	12.1	2.0	5	9.2	9.8	9.0	7.5	10 0	9 4	11.1	9.9	13.4	12.9	12.3	11.2	11.3	11.4	—	—
	Australia	—		—	—	—	—	—	—	5.5	4 1	1.7	11	—	—	5.3	5.4	5.5	5.3	5,1	4.7	4.2	4.1	4.0	4.4	4 0	4.1	3.8	3.8
	St. Unite	—	—	—	—	—	—	—	—	7.1	5.7	2.3	13	1921—1925= 7.4, 1926—1930 = 6.8							6.5	6.2	5.8	5.8	6.0	5.6	5.7	5.4	5.1
	Italia	—	—	—	20.9	19.5	17.6	15.9	14.5	12.3	10.5	1 8	14	12.8	12 6	11.9	12.7	12.0	12.0	12.5	10.6	11.3	11.0	10.0	9.9	10 1	10.0	11.0	—
	Ungaria	—	—	—	—	—	23.5	20.8	21.1	17.4	14.9	5.1	11	18.4	19.3	16 8	16.7	18.5	17.1	12.5	10.6	11.3	11.0	10.0	9.9	10 1	10.0	11.0	—
	Norvegia	11.5	10.3	11.0	10.5	9.8	9.7	7.6	6.4	5 2	4.4	1.4	8	5.0	5.0	5.0	4.8	5.1	4.9	17.9	15 2	16 3	18.4	13.6	14.8	15.2	13.7	13.5	13.4
	Cehoslovacia	—	—	—	—	—	—	—	—	15.1	12.8	3.5	10	14.7	14 8	14.6	15.4	15 7	14.6	14.3	13.7	13.4	13.8	12.7	12.8	12.3	12.4	12.2	—
	Zelanda	—	—	—	—	—	—	—	—	4.0	3.2	0.7	13	1921—1926 = 4.3, 1926—1930 = 3,7							3 4	3.2	3.1	3 2	3.2	3.2	3.1	3.1	3.6
	Danemarca	14.2	13.1	13.5	13.8	13.5	13.6	11.4	9.4	8.3	7.0	1.8	10	8.3	8.5	8.0	8.4	8 4	8.1	8.3	8.0	8.1	7.2	6.8	6.4	7.1	6.7	6.6	—
	Elveția	—	—	—	19.3	16.5	14.9	12.4	9.1	5 6	4.7	1.9	14	6.1	6.2	5.8	5.7	5 7	5 4	5.2	5.1	4.9	5.1	4.8	4.6	4.8	4.7	4.7	4.3
	Suedia	15.3	14.6	13.9	13.0	11.0	10.1	18.4	6 9	5.9	4 8	2.1	10	5.6	6.0	5.6	5.7	6.2	6.2	5.9	5.4	5.7	5.1	5.0	4.7	4.7	4.3	4 6	4.1
ȚĂRI DE TIP REGRESIV	Belgia	15.1	15.5	15.4	15.3	16.0	16.0	14.4	14.4	9.8	8.3	2.9	9	9.3	8.9	9.4	9.7	9.2	8.7	10.4	9.3	8.3	8.7	8.5	9 6	7.7	7.9	8.0	7.5
	Anglia și T. Galilor	15.3	15.4	15.4	14.9	14.2	15.3	12.8	10.0	7.2	6.3	2.3	14	7.1	7.8	7.7	7.2	7.2	6 8	7.6	6.3	6.8	7.0	6 6	6.1	6.0	6.2	6.1	5 5
	Germania	—	—	—	23.4	22 5	21.7	18.6	15.2	10.0	7.0	7 2	15	13 2	10.9	10.5	10.2	9.7	8.9	9.6	8.4	8.3	7.9	7.6	6.6	6.9	6.6	6.4	6.0
	Franța	15.8	17.3	17.8	17.2	16.7	16.4	13.2	12.2	8.9	7.0	3.0	15	9 6	8.5	8.9	9.7	8.3	9.1	9.5	7.8	7.6	7.6	7.5	6.9	6.9	6 7	6.5	6.6

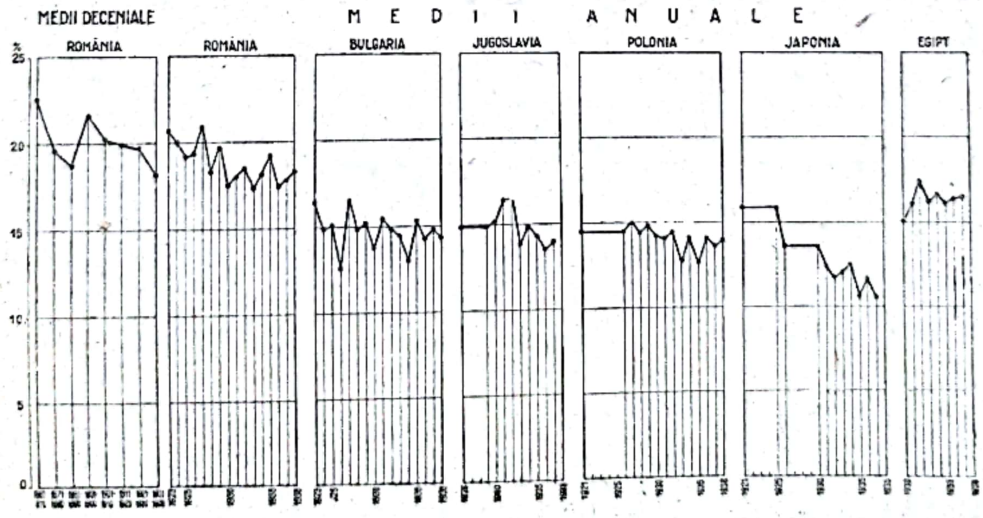
NOTĂ: Coeficientul scăderii s'a obținut prin deducerea mortalității infantile din ultimul an (1938) din cel mai ridicat procent de mortalitate infantilă a perioadei 1923—1938.

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ŢĂRILE STUDIATE DIN PUNCTUL DE VEDERE AL TIPULUI DE POPULAŢIE. MEDIA ANILOR 1931-1938 (PROCENTUL LA NĂSCUŢII-VII)



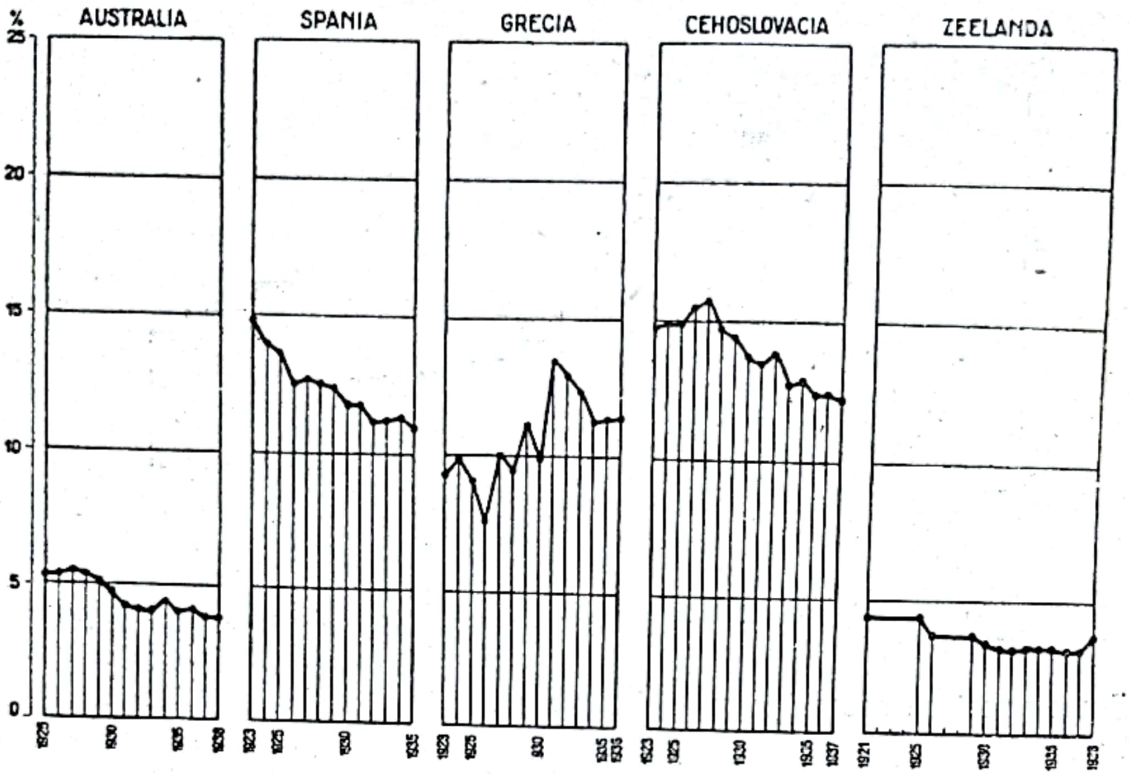
Un prim grup de ţări sunt acelea pe cari le-am denumit *de tipul progresiv*: Egiptul, Bulgaria, România, Jugoslavia, Polonia şi Japonia. Toate prezintă aceeaşi caracteristică: *o mortalitate infantilă ridicată*. Pe de altă parte, fapt ce trebue reţinut, evoluţia demografică a acestor ţări rămâne mulţumitoare din cauza natalităţii lor care este deasemenea mare. Distanţa între natalitate şi mortalitatea primului an al vieţii e aci mult mai mare decât diferenţa între natalitatea minimală a ţărilor evoluate şi mortalitatea lor redusă.

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ŢĂRILE DE TIP PROGRESIV
PROPORŢII LA 100 NĂSCUŢI-VII



MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ȚĂRILE DE TIPUL STAȚIONAR
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚI-VII

MEDII ANUALE



Al doilea grup de țări: Olanda, Spania, Grecia, Australia, Italia, Ungaria, Norvegia, Cehoslovacia, Noua Zelandă, Danemarca, Elveția și Suedia, sunt acelea pe cari le-am reunit în categoria țărilor de *tipul staționar*. Ele au aceiaș caracteristică comună: *mortalitatea infantilă redusă*, care coboară până la 4,4 la suta de născuți vii pentru țările scandinave și 3,2% pentru Noua Zelandă. Totuși, evoluția demografică a acestor țări este mai puțin favorabilă decât a țărilor din grupul precedent, din cauza natalității lor reduse. Schemele grafice dela paginile 288 și 289 ne redau, pe medii anuale și deceniale, această situație.

In fine, în al treilea grup de țări intră: Belgia, Anglia, Germania și Franța, despre care știm că sunt *de tipul regresiv*. Ele au drept caracteristică comună, *o mortalitate infantilă foarte redusă*. Totuși situația demografică în ansamblul ei rămâne nefavorabilă, dat fiind intensa denatalitate a acestui grup de state. Situația lor, din punctul de vedere al mortalității infantile, ne este redată în graficele dela pag. 290.

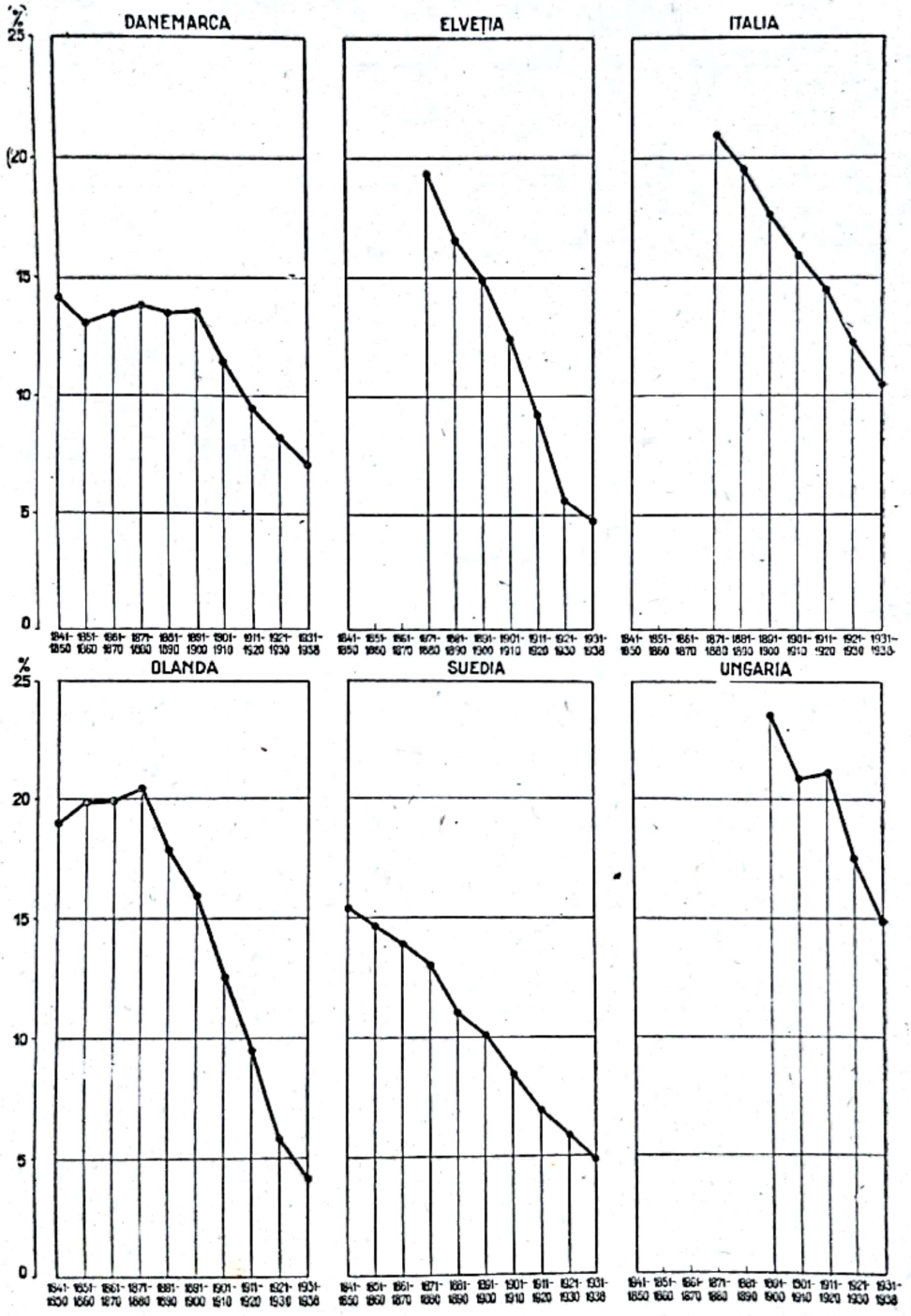
β. Mortalitatea tuturor grupelor de vârstă

Din prezentarea graficelor dela pag. 291—3 și care înfățișează proporția deceselor pe grupe de vârstă raportate la 1000 locuitori de

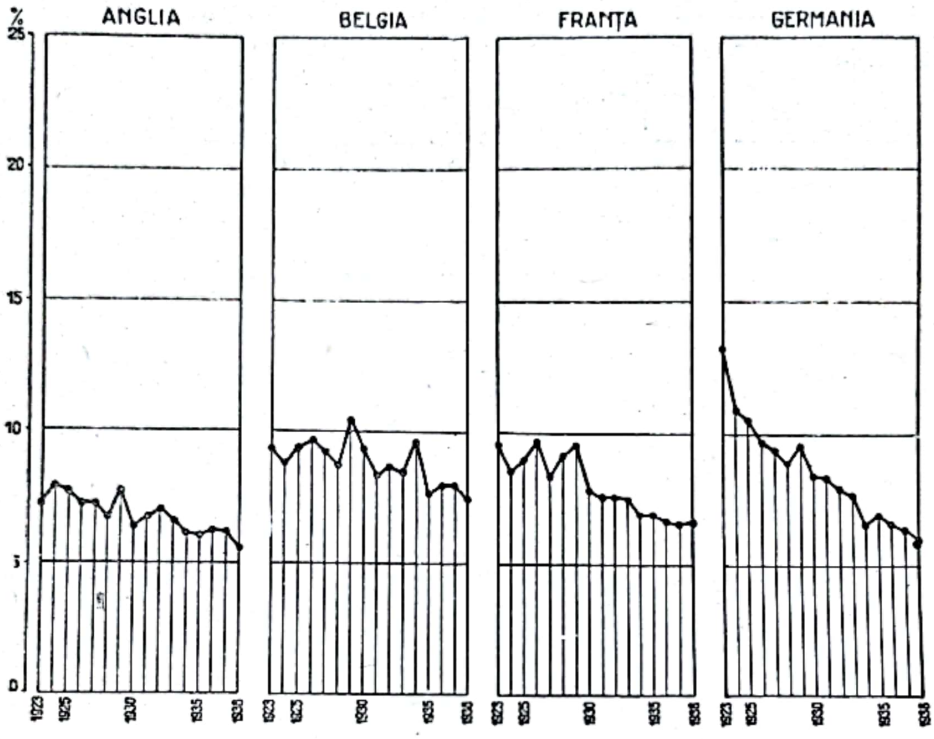
vârsta respectivă, constatăm diferența ce există între diferitele țări, după cum ele aparțin unui tip de populație sau altuia.

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ȚĂRILE DE TIPUL STAȚIONAR
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚI-VII

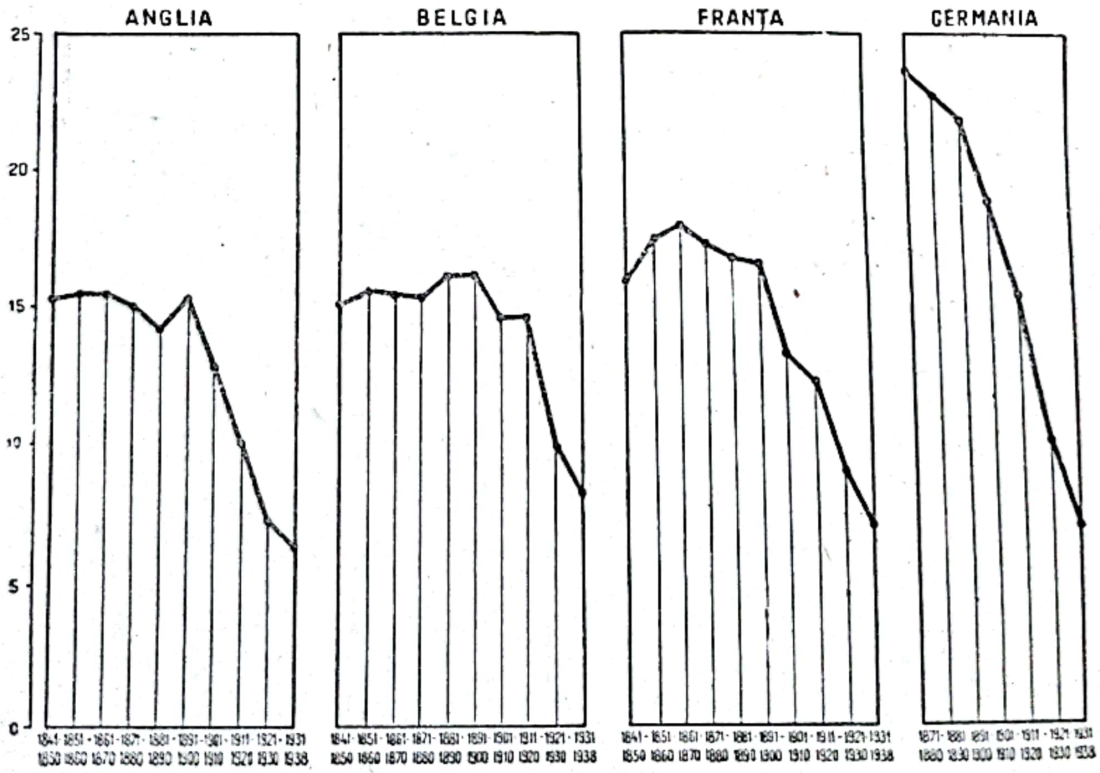
MEDII DECENIALE



MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ȚĂRILE DE TIPUL REGRESIV
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚI-VII
MEDII ANUALE

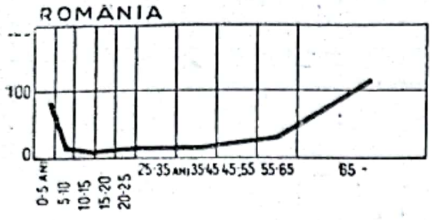


MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ȚĂRILE DE TIPUL REGRESIV
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚI-VII
MEDII DECENIALE

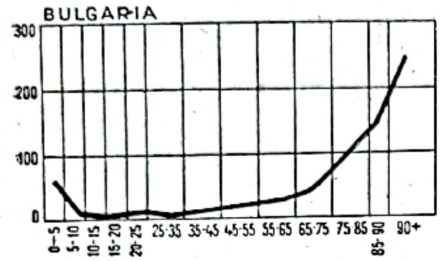


MORTALITATEA PE GRUPE DE VÂRSTĂ, ÎN ȚĂRILE DE TIPUL PROGRESIV

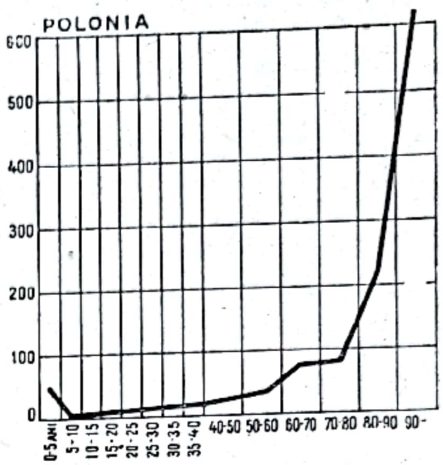
ROMÂNIA



BULGARIA

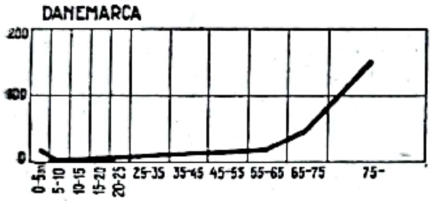


POLONIA

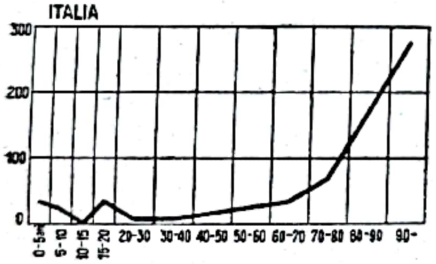


MORTALITATEA PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN ȚĂRILE DE TIPUL STAȚIONAR

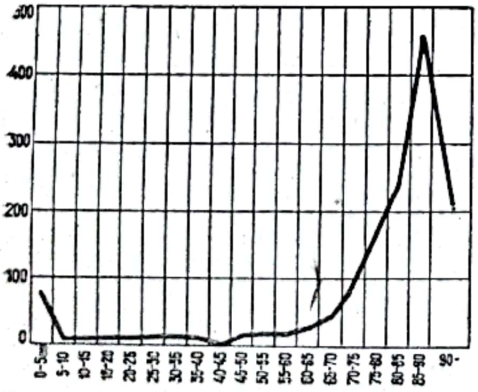
DANEMARCA



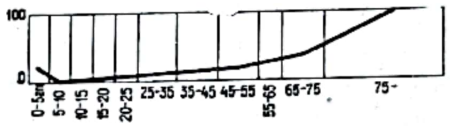
ITALIA



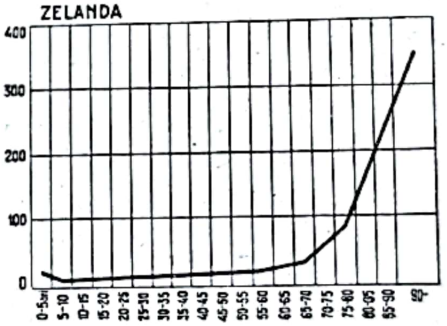
UNGARIA



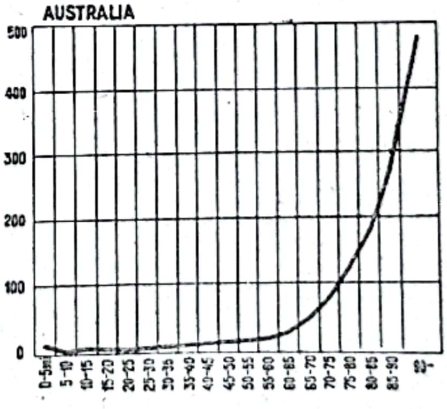
SUEDIA

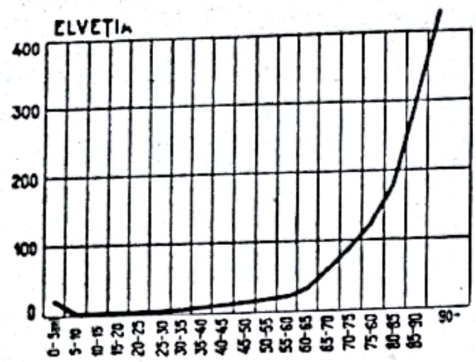


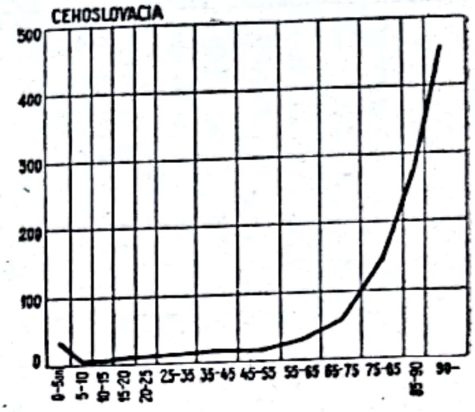
ZELANDA

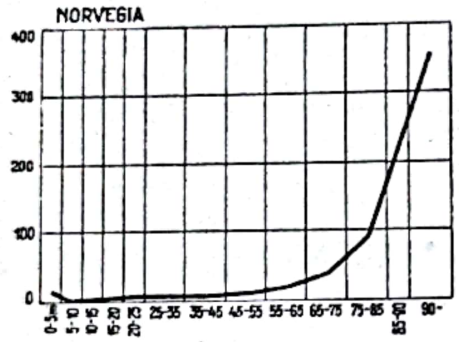


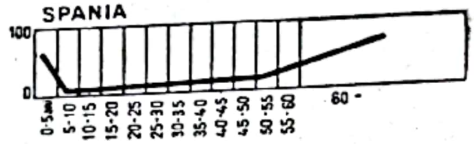
AUSTRALIA

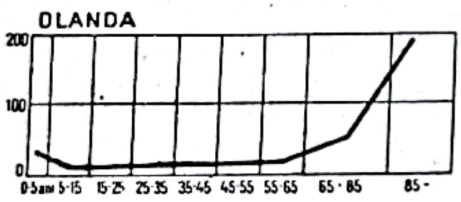


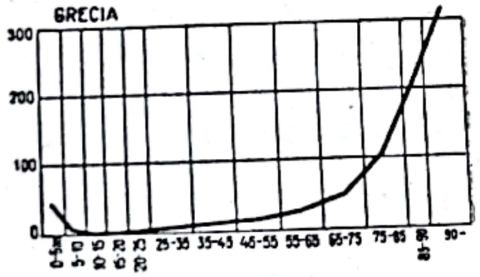




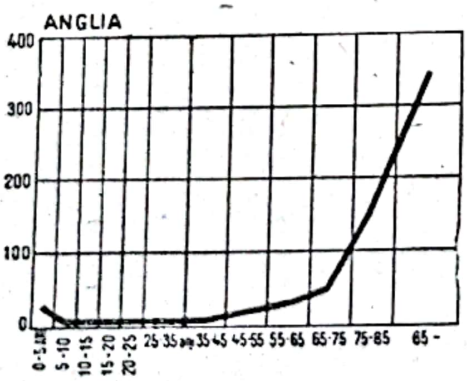


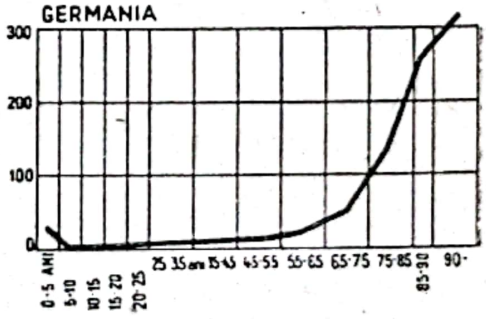


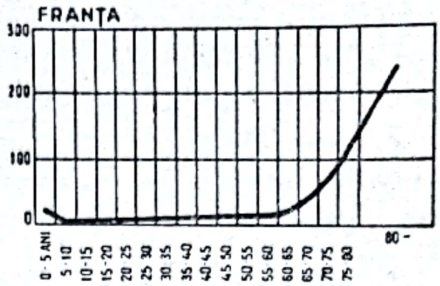




MORTALITATEA PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN ȚĂRILE DE TIP REGRESIV







Astfel, țările de tipul progresiv au mortalitatea foarte mare a grupelor de vârstă tinere și mai redusă la grupele de vârstă înaintate (peste 50 ani). Țările de tip staționar au o mortalitate mai mică la grupele de vârstă tinere și o mortalitate mai mare a grupelor de vârstă mai înaintate. In sfârșit, țările de tip regresiv au o mortalitate foarte mică pentru grupele de vârstă tinere și o foarte mare mortalitate a grupelor de vârstă înaintată.

Proporția variabilă de locuitori la diferitele vârste nu ar explica varietatea proporțiilor de mortalitate specifică a grupelor de vârstă, la diferitele tipuri de populație, întrucât aceste proporții se raportează uniform la 1000 locuitori de vârsta respectivă. Fenomenul s'ar explica mai curând prin diferența condițiunilor de viață a populațiilor de diferite tipuri.

Astfel, în țările de tip progresiv, mai puțin evoluate sub toate raporturile, condițiunile de viață determină o mortalitate mare la grupele de vârstă foarte tinere și tinere ; indivizii care depășesc aceste vârste (40 ani) sunt dintre cei mai rezistenți, întrucât au suferit o selecțiune naturală și, ca atare, vârstele înaintate la popoarele de tip progresiv dau o mortalitate mai mică decât la popoarele de tip staționar sau regresiv. La acestea din urmă mortalitatea specifică pe grupe de vârstă variază dealtfel după cum populația se apropie mai mult sau mai puțin de un tip sau altul.

Varietatea proporțiilor deceselor la diferitele grupe de vârstă este factorul determinant al mediei de viață. Populațiile cu o mare proporție a deceselor în vârstă tânără vor avea o medie de viață mică și viceversa (deoarece calculul mediei de viață se face raportând numărul total al anilor decedaților la numărul acestora).

e. Tendința evolutivă a duratei medii a vieții

Durata medie a vieții este aspectul demografic care exprimă în special realizările civilizației. Evoluția istorică a popoarelor ne arată un anumit paralelism între longevitate și măsura în care s'au afirmat binefacerile progresului.

Noțiunea „durata medie a vieții" nu trebue confundată cu „vitalitatea" grupului colectiv. Dimpotrivă, există astăzi unele națiuni tinere, deci cu vitalitate apreciabilă, dar prezentând, din cauza deficienții fac-

torilor organizatori, de igienă şi de civilizaţie, o durată medie a vieţii foarte scurtă.

Aruncând o privire retrospectivă asupra evoluţiei demografice a popoarelor, constatăm că la popoarele antichităţii durata medie a vieţii deabia dacă s'a ridicat la 25 ani. Ori, aceeaş durată medie o întâlnim şi astăzi, în India, în timp ce, în Danemarca de pildă, durata medie a vieţii depăşia 60 ani, în 1934. Acum 2 secole, la fiecare 3 copii, unul muria înainte de a fi împlinit un an ; aceeaş situaţie o constatăm azi în China şi în Africa Equatorială. In schimb, în 1934, erau 22 ţări în cari nu mai sucomba decât 1 copil la 10, iar în Noua Zelandă deabia unul la 32 copii.

Astăzi, problema longevităţii este o problemă de sănătate publică şi constitue indicatorul perfecţiunii organizaţiei de protecţie a colectivităţilor. In lista de mai jos, în care ţările figurează în ordinea crescândă a longevităţii medii, pe colectivitate, putem regăsi gradul în care s'a valorificat acţiunea de igienă socială.

Durata medie a vieţii într'un număr de ţări s'a prezentat astfel (37) :

69 ani în Australia	(1933/34)
69 ani în Danemarca	(1921/25)
69 ani în Suedia	(1921/25)
63 ani în Danemarca	(1931/35)
62 ani în Statele Unite	(1936)
62 ani în Japonia	(1921/30)
61½ ani în Germania	(1932/34)
61 ani în Elveţia	(1929/32)
58 ani în Belgia	(1928/32)
57 ani în Franţa	(1928/33)
56 ani în Irlanda de Nord	(1925/27)
55 ani în Italia	(1931/36)
46 ani în Bulgaria	(1925/28)
44 ani în Rusia europeană	(1926/27)
44 ani în Polonia	(1927)
42 ani în România	(1933)
25 ani în Egipt	(1930)

Astăzi, copilul ce se naşte în Anglia are perspectiva de a trăi cu 20 ani mai mult decât bunicul său. Pentru oraşul New York, în intervalul 1910/1930, media de viaţă a crescut cu 9 ani.

Consecinţa firească a creşterii duratei medii a vieţii este creşterea numerică a grupelor de vârstă mai înainte, a bătrânilor, în raport cu cifra populaţiei globale. In 1929, proporţia celor trecuţi de 60 ani era : 14% în Franţa, 12% în Suedia, 11% în Norvegia, 10% în

Danemarca, 7% în Statele Unite, Canada, Australia, Japonia, Polonia şi Rusia, 6% în Rusia, 5% în Asia (afară de Japonia), Africa şi America latină.

S'au făcut numeroase cercetări din punct de vedere *fiziologic* asupra procesului îmbătrânirii şi, implicit, asupra factorilor de cari ar depinde durata medie a vieţii. *Felix Bernstein*, într'o comunicare făcută la Congresul de demografie din Roma, în anul 1931 (57), arată că moartea celulei s'ar datora, în ultimă analiză, acumulării de produse de excreţie, această depozitare constituind un proces nereversibil.

Luând în considerare, nu celula izolată, ci organismele superioare din scara animală, trebue să deosebim, în procesul îmbătrânirii, alteraţii generale şi alteraţiile din anumite organe. Fiecare din aceste categorii de modificări cuprinde: o componentă ereditară (constituţională) şi una de mediu.

3. *Imbătrânirea popoarelor şi previziuni asupra evoluţiei lor*

a. Ciclul şi îmbătrânirea popoarelor

Ciclul evolutiv al popoarelor este direct dependent de evoluţia dinamicii populaţiei.

Istoria ne arată că popoarele prezintă adesea, ca şi indivizii, un ciclu evolutiv biologic (58), cu o perioadă de ascensiune, o perioadă de stare şi o perioadă de declin sau îmbătrânire. Durata fiecăreia d'n aceste faze este variabilă; *prin măsuri de politică demografică în deosebi, declinul poate fi întârziat.* Mai mult decât atât: se afirmă de unii că această evoluţie nu este fatală şi că redresarea biologică a unei populaţii este o problemă de voinţă şi de organizare.

Consideraţiuni interesante asupra ciclurilor de evoluţie a popoarelor au fost făcute de *Serpeille de Gobineau*, în 1937 (59). Ar rezulta din aceste consideraţiuni că declinul demografic al unor popoare este inevitabil cât timp la baza închegării lor n'au stat elitele, fie spirituale, fie ale muncii manuale şi spiritului de întreprindere.

Un exemplu concludent îl oferă America. La început, au venit aci emigranţii cei mai îndrăzneţi şi mai bine dotaţi. Aceşti pionieri au pus bazele societăţii americane. Lor li s'au raliat în urmă muncitorii băştinaşi cari, datorită creaţiilor celor dintâi, şi-au putut organiza condiţii de viaţă extrem de favorabile şi deci au putut să sporească natalitatea.

Concluzia lui *Serpeille de Gobineau*: societăţile se întemeiază şi prosperă prin elite; „dispariţia elitelor, a pionierilor, a creatorilor, este începutul „sfârşitului".

Civilizaţiile pier din momentul în care şi-au epuizat energia proprie şi în special odată cu dispariţia reprezentanţilor gândirii, ai talentului, ai conducerii politice (60). Acesta este un fenomen de declin biologic şi demografic rezultând din acţiunea unor factori variaţi,

Scanned with OKEN Scanner

economici, politici, etc., cari duc însă întotdeauna la diminuarea vitalităţii poporului. Atunci când, de pildă, o grupare naţională se închide într'o autarhie economică desăvârşită fără ca posibilităţile solului să corespundă nevoilor ei, această grupare se uzează şi îşi vede diminuând, odată cu rezistenţa economică, şi cea biologică. Deasemenea, atunci când, pe plan politic, se instalează la conducere o minoritate exploatatoare a massei, sursa de renovare biologică se distruge cu încetul, iar biologia şi aspectul demografic al naţiunii decad.

Numeroşi alţi factori pot duce la acelaş rezultat. E cunoscut fenomenul dispariţiei progresive a oamenilor superiori din cauza descendenţii lor, de multe ori degenerată, şi a instalării la conducerea popoarelor a elementelor mediocre. Adăogându-se denatalitatea din ce în ce mai generalizată, declinul demografic devine complect.

Acesta poate fi provocat, în fine, şi din cauza decăderii morale a majorităţii straturilor sociale (61).

Ca o reacţiune împotriva acestor fenomene regresive, se instalează uneori procesul de reînoire a grupurilor umane. Procesul conduce la o alternanţă a perioadelor de prosperitate şi declin demografic, cu repercutările lor cantitative, la anumite intervale (62).

Reacţiunile acestea periodice se explică prin creşterea reproducţiei, datorită aşa numitelor generaţii de primenire. Pornind de jos în sus, se realizează o reînoire prin adevăraţi curenţi sociali, reînoire denumită de *Gini*, metabolism social (63).

b. Previziuni asupra evoluţiei numerice a popoarelor

Chestiunea configuraţiei cantitative demografice, în viitorul mai apropiat sau mai depărtat, a preocupat de multă vreme pe biologi şi sociologi. *T. R. Malthus* (1792), *C. Taylor* (1922), *R. Pearl* şi *L. Read* (1920—1927) şi *Howley* (1924), întreprinzând studii pentru determinarea populaţiei viitoare, ajung la concluzia foarte importantă că în mod neîndoelnic populaţia ţărilor se va opri la o limită.

Pe când însă *Malthus* şi şcoala lui considerau această limită ca impusă de discordanţa dintre resursele alimentare şi cifra populaţiei, fapt care nu s'a verificat, autorii mai recenţi condiţionează limita desvoltării cantitative a populaţiei de factorii de mediu, respectiv de starea culturală, starea socială şi economică. Ei consideră limitarea populaţiei ca un fenomen normal care se va desfăşura în timp, fără a avea drept urmări perturbaţii grave.

Prin calcule matematice s'a determinat creşterea probabilă a populaţiei în viitor. Cu toate că aceste calcule implică elemente teo-

retice şi de speculaţie abstractă, ele prezintă însă importanţă, pentrucă pot da indicaţiuni conducătorilor asupra metodelor de politică socială cele mai indicate.

F. Burgdörfer înfăţişează situaţia numerică între grupele de popoare latine, germanice şi slave, la epocile 1810, 1910, 1930, precum şi situaţia aşa cum se va înfăţişa, pe bază de calcul, în 1960. In anul 1810 cele 187 milioane locuitori ai Europei se distribuiau aproape egal între Germani, Latini şi Slavi. In anul 1910, situaţia a devenit alta: din cei 450 milioane Europeni, Slavii reprezintau 42%, iar Germanii 34% şi Latinii 24%. In anul 1930, din cei 500 milioane locuitori ai Europei, 46% reveniau grupului slav, 30% grupului germanic şi 26% celui latin. In preajma anului 1960, din cei 600 milioane locuitori probabili ai continentului, mai mult de 300 milioane vor fi Slavi (64).

Repetăm că aceste previziuni au netăgăduit la bază elemente logice, deduse din evoluţia demografică a trecutului care îngădue deducţiunile asupra situaţiilor numerice pentru viitorul apropiat. Este însă evident, pe de altă parte, că măsurile de politică demografică dirijată ce tind să fie introduse pretutindeni concomitent cu ridicarea nivelului general al igienei şi deci scăderea şi mai departe a mortalităţii, vor avea de efect stăvilirea parţială a declinului demografic admis teoretic. Deaceea, prevederile de mai sus prezintă un grad de relativitate, iar redresarea numerică a colectivităţilor şi popoarelor ameninţate este probabilă.

C. Statistica vitală a populaţiei României

Incadrată prin situaţia sa demografică generală în grupul ţărilor tinere, cu evoluţia progresivă, România prezintă, în general, caracteristicile acestui grup.

Fenomenele demografice sunt însă influenţate şi de factorii specifici populaţiei fiecărei ţări. Astfel, demografia României se va resimţi de influenţa factorilor exogeni, mediul geografic al României fiind altul decât al Egiptului, de exemplu, care face parte din aceeaşi grupă progresivă; deasemeni viaţa culturală, socială, economică, vor influenţa demografia ţării, dându-i o nuanţă specifică.

Nu este deci fără interes să expunem în detaliu fenomenele demografice cari caracterizează România şi să analizăm apoi dinamica ei

1. *Densitatea populației*

După recensământul din 1930, România a avut la 29 Decembrie 1930 — cifră provizorie pe baza căreia s'au calculat toate fenomenele demografice dintre 1930-1940 — un număr de 18.052.896 locuitori. La aceştia adăogându-se 4132 locuitori care reprezintă completarea cifrei provizorii, rezultă că populaţia României era, la finele anului 1930, de 18.057.028 locuitori (65).

In Septembrie 1939 populaţia României atinge cifra de 20.000.000, iar la 1 Ianuarie 1940 populaţia probabilă era de 20.045.488. După numărul locuitorilor, România era atunci a 7-a ţară din Europa.

In ultimii 2 ani, schimbările teritoriale au făcut ca recensământul unei părţi a teritoriului naţional să dea cifre ce nu pot duce la rezultate concludente

Densitatea specifică a României a fost în 1935 de 64,7 locuitori pe km², iar în Ianuarie 1940 era de 67,9.

Densitatea după judeţe variază în limite largi: între 20 şi 150 locuitori pe km². Tabloul şi harta următoare redau densitatea populaţiei României după judeţe (la 1 Ianuarie 1938).

Considerând provinciile istorice, Dobrogea are densitatea cea mai mică (39,0), iar Bucovina cea mai mare (88.0).

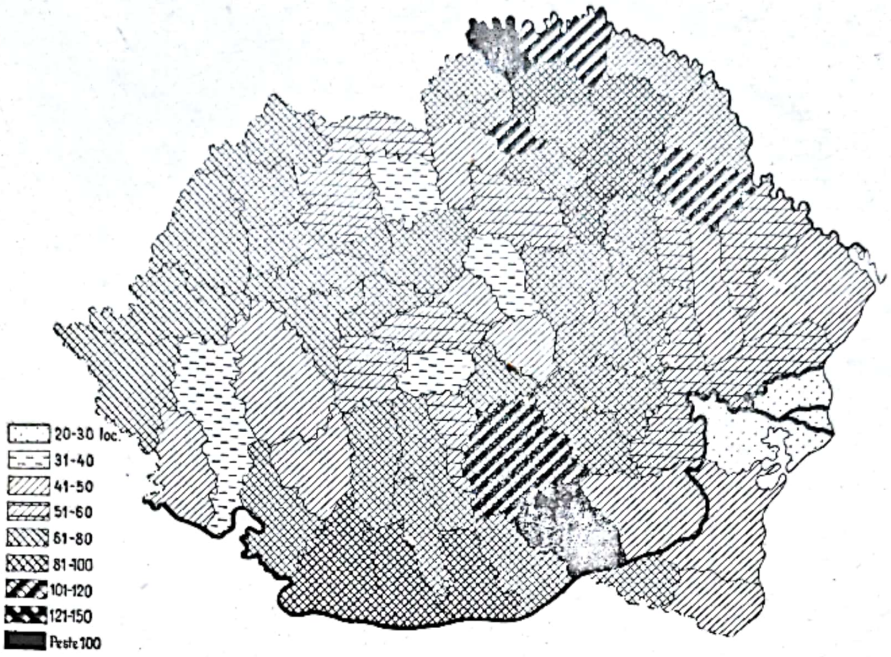
In cadru european, România se găseşte alături cu majoritatea

NUMĂRUL LOCUITORILOR PE KM² IN ANUL 1938

Judeţul	Loc. pe km²	Judeţul	Loc. pe km²	Judeţul	Loc. pe km²	Judeţul	Loc. pe km²
România	*66.6*	*Moldova*	72	*Bucovina*	88	*Banat*	50
Oltenia	69	Bacău	66	Câmpulung	44	Caraş	42
Dolj	81	Baia	53	Cernăuţi	179	Severin	38
Gorj	50	Botoşani	80	Rădăuţi	75	Timiş	66
Mehedinţi	62	Covurlui	88	Storojineţ	69	*Crişana-*	
Romanaţi	84	Dorohoi	84	Suceava	102	*Maramureş*	69
Vâlcea	68	Fălciu	59	*Transilvania*	55	Arad	69
Muntenia	85	Iaşi	94	Alba	66	Bihor	72
Argeş	68	Neamţ	56	Braşov	69	Maramureş	53
Brăila	58	Putna	65	Ciuc	33	Satu-Mare	75
Buzău	71	Roman	91	Cluj	74		
Dâmboviţa	101	Tecuci	74	Făgăraş	37		
Ialomiţa	48	Tutova	64	Hunedoara	44		
Ilfov	204	Vaslui	69	Mureş	64		
Muscel	55	*Basarabia*	70	Năsăud	36		
Olt	72	Bălţi	82	Odorhei	47		
Prahova	107	Cahul	49	Sălaj	71		
R. Sărat	65	Cet. Albă	49	Sibiu	58		
Teleorman	84	Hotin	113	Someş	60		
Vlaşca	73	Ismail	58	Târn.-Mare	56		
Dobrogea	39	Lăpuşna	106	Târn.-Mică	78		
Caliacra	41	Orhei	71	Trei Scaune	43		
Constanţa	41	Soroca	80	Turda	63		
Durostor	72	Tighina	54				
Tulcea	25						

Scanned with OKEN Scanner

NUMĂRUL LOCUITORILOR PE KM.^{2} DUPĂ JUDEȚE (1938)



țărilor, în ce privește densitatea (60—80 loc./km^2). Mai rară decât în țările occidentale (Belgia, Olanda, Anglia, Germania, Italia), populația României este în schimb mai densă decât a Greciei și a Spaniei și mult mai densă decât a Norvegiei, Suediei și Rusiei.

In 1935 România ocupa locul al 13-lea în ordinea descendentă a densității specifice a țărilor europene.

2. *Evoluția numerică a populației României*

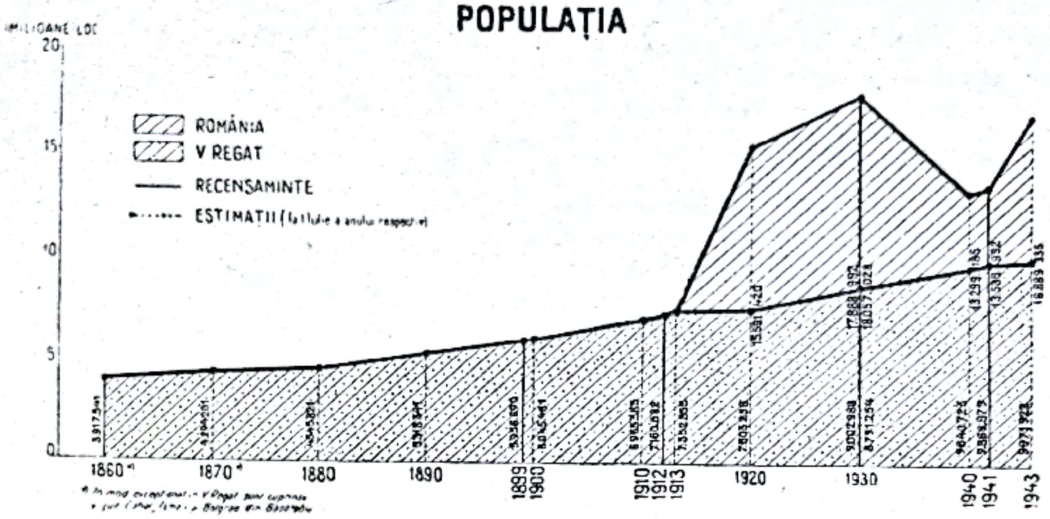
Tabloul numeric următor arată cifrele absolute ale populației Ro-

POPULAȚIA ROMÂNIEI ÎN ANII 1860—1937

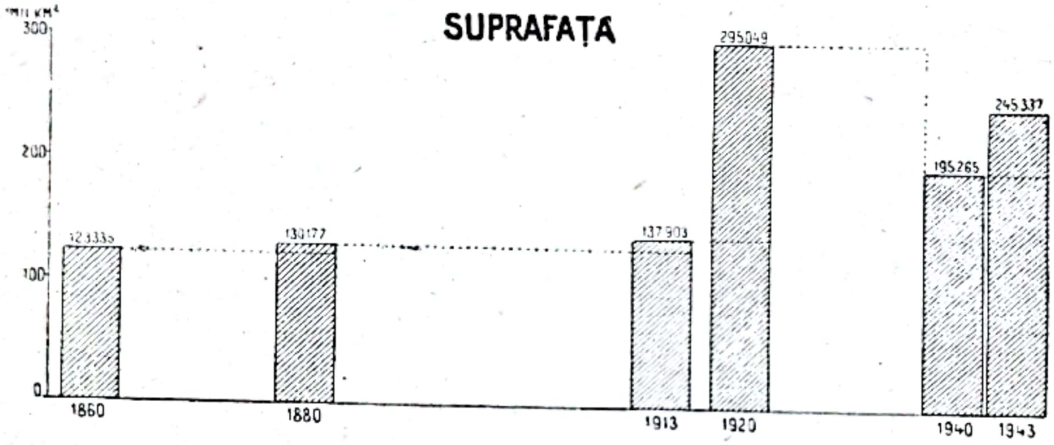
1860	3.917.541	Populația la finele anului. Rec.	Teritoriu : Oltenia, Muntenia, Moldova + 3 jud. din Basarabia
1870	4.294.201	„ „	idem.
1880	4 545.821	„ „	Oltenia, Muntenia, Mold. + jud. Tulcea și C-tanța
1890	5.318 341	„ „	
1899	*5.956.690*	„ „ Rec.	idem.
		Populația la	idem.
1900	6 045.481	1 Iulie a anului	idem.
1910	6.965.383	„ „	idem.
1912	7.234.919	la fin. anului. Rec.	idem.
1920	15 541.424	la 1 Iulie a anului	România întregită
1930	*18.052.896*	la fin. anului. Rec.	„ „
1940	13.299.185	la 1 Iulie a anului	Fără terit. cedate către U. R. S., Ungaria și Bulg.
1942	16.843.539	„ „ „	Mai puțin Ardealul cedat Ungariei

POPULAȚIA ROMÂNIEI 1860-1943

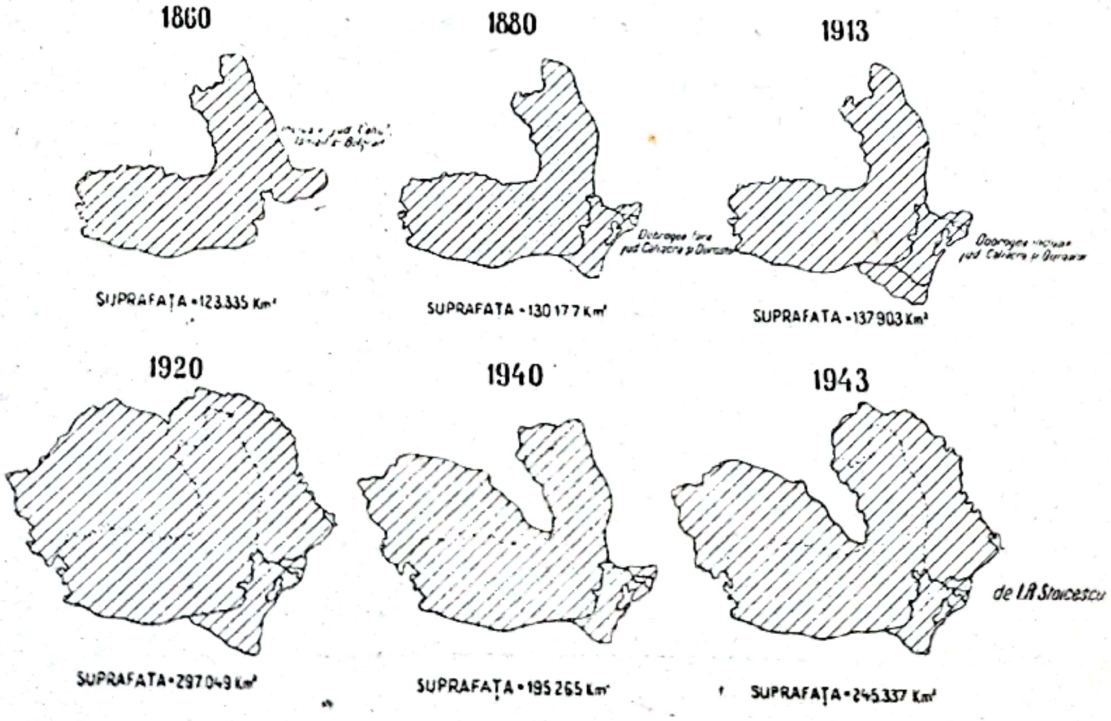
POPULAȚIA



SUPRAFAȚA



TERITORIUL



Scanned with OKEN Scanner

mâniei în diferite momente ale perioadei 1860—1942 (menţionăm că cifrele anilor 1860, 1899, 1912 şi 1930 au fost obţinute pe bază de recensământ, deci oferă o totalitate de garanţii ştiinţifice). Curba (pag. 300) care arată evoluţia populaţiei României este accentuat ascendentă. Urcările brusce sunt datorite sporurilor de teritorii (1881, 1913, 1918). Dar şi pentru un acelaş teritoriu : Vechiul Regat, sporul de populaţie în timp de 80 ani a fost de 250%.

Evoluţia numerică a populaţiei trebue considerată şi după mediu. Ea este diferită după cum e vorba de mediul rural sau de cel urban. Tabloul următor evidenţiază în cifre absolute şi în procente această deosebire.

EVOLUŢIA POPULAŢIEI ROMÂNIEI ÎN TOTAL ŞI PE MEDII, 1906—1940. CIFRE ABSOLUTE ŞI PROCENTE

Anii	TOTAL (rural + urban)		RURAL		URBAN	
	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%
1906	6.583.840	100	5.351.342	81³	1.232.498	18⁷
1910	6.965.383	100	5.672.761	81⁴	1.292.622	18⁶
1915	7.897.311	100	6 488.053	82¹	1.409 258	17⁹
1920	15.541.424	100	12.087.612	77⁸	3.453.812	22²
1925	16.687.359	100	13.145.595	78⁸	3.541.764	21²
1930	17.888.992	100	14.408 415	80⁵	3.480 577	19⁵
1935	19.087.770	100	15.531.666	81⁴	3.556.104	19⁶
1940 1 Sep.	13.299.185	100	10.726.758	80⁶	2.572.427	19⁴

Se constată în primul rând procentul foarte important (din populaţia globală) pe care îl reprezintă populaţia rurală, ceeace face ca în cifre absolute creşterea să fie, firește, mult mai importantă la ţară. Dacă însă considerăm evoluţia nu a cifrelor absolute, ci a proporţiilor cu cari intervine fiecare mediu în compunerea populaţiei globale, constatăm că e mai accentuată creşterea proporţiei pentru populaţia oraşelor. Intr'adevăr, proporţia populaţiei rurale nu a crescut dela 1906 la 1935, decât dela 81,3% la 81,4%, pentru ca în 1940 să coboare la 80,6%. In schimb, proporţia populaţiei urbane a crescut dela 18,7% în 1906 la 19,6%. în 1935, iar în 1940 a reprezentat 19,4%. Aceasta se explică în bună parte prin imigrarea în oraşe a unui număr de elemente rurale.

3. *Starea civilă*

După datele statistice, starea civilă a populaţiei României se prezenta astfel la recensământul din 1930 (procente din populaţia globală a ţării şi a fiecărui mediu în parte).

PROCENTELE POPULAȚIEI DUPĂ STAREA CIVILĂ
(PROCENTE DIN TOTALUL POPULAȚIEI RESPECTIVE)

Starea civilă	*Total*	*Mediul rural*	*Mediul urban*
Necăsătoriți . . .	30.6	28.3	38.5
Căsătoriți	58.7	61.1	50.6
Văduvi	9.9	10.0	9.5
Divorțați	0.6	0.5	1.1
Nedeclarați . . .	0.2	0.1	0.3

Trebue relevate următoarele similitudini : a) proporția globală a necăsătoriților (30.6%), din populația totală a țării, coincide cu proporția populației tinere (16—30 ani), care dă marele procent de necăsătoriți; b) proporția căsătoriților se acoperă cu cea a grupelor de vârstă 25—65 ani.

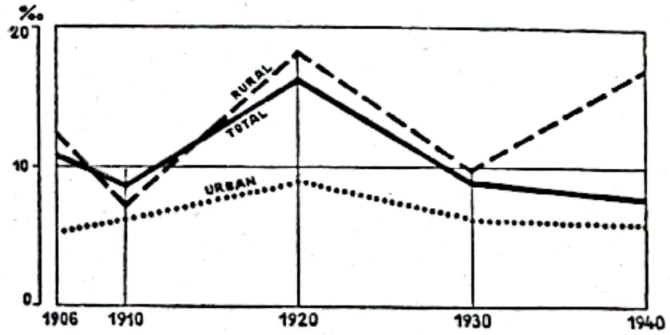
Comparând mediul urban cu cel rural, se constată că proporția necăsătoriților este mai mare cu 10 procente la orașe, în schimb cea a căsătoriților este superioară cu 11,5 procente la țară..

Nupțialitatea a oscilat în România, în ultimele 3 decenii, între 17,6 și 26,6 *căsătoriți* la 1000 locuitori. In ce privește proporția *căsătoriilor*, aceasta a variat între un maxim de 13,3 în 1920 și un minim de 9 la mia de locuitori în 1940. Tendința proporției căsătoriilor este în vădită scădere.

NUPȚIALITATEA ÎN ROMÂNIA, PE MEDII, 1906—1940
CĂSĂTORII LA 1000 LOCUITORI ȘI CIFRE ABSOLUTE

ANII	TOTAL cifre absolute	TOTAL la mia de loc.	RURAL cifre absolute	RURAL la mia de loc.	URBAN cifre absolute	URBAN la mia de loc.
1906	67.098	10,2	57.291	10,7	9.807	8,0
1910	64.286	9,3	53.251	9,4	11.035	8,5
1920	206.476	13,3	173.848	14,4	32.628	9,5
1930	166.824	9,4	138.546	9,6	28.278	8,1
1940	119.845	9,0	85.149	8,0	34.696	13,5

EVOLUȚIA NUPȚIALITĂȚII ÎN ROMÂNIA ÎN INTERVALUL 1906—1940
(PROPORȚIILE CĂSĂTORIILOR LA 1000 LOCUITORI)



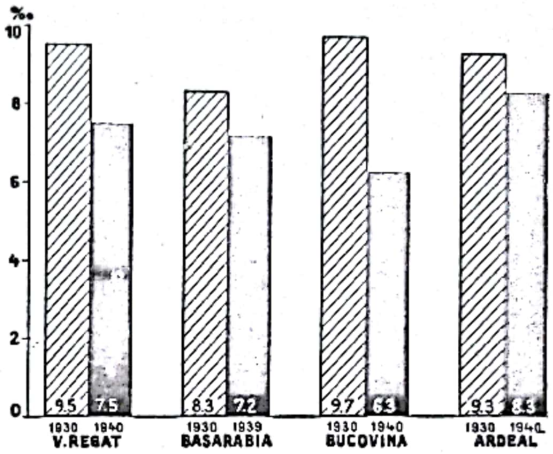
In afară de anul 1920 și cei câțiva ani ulteriori, când căsătoriile au fost mai frecvente, ceeace este explicabil după un război îndelungat, nupțialitatea descrește.

Scanned with OKEN Scanner

Analizată după *medii*, nupţialitatea prezintă pentru anii 1906—1930 o cifră mai mare pentru mediul rural, iar pentru perioada 1930—1940 un procent mai mare în mediul urban.

NUPŢIALITATEA PE PROVINCII ISTORICE
(PROPORŢIILE CĂSĂTORIILOR LA 1.000 LOCUITORI)

ANII	Vechiul Regat	Basarabia	Bucovina	Ardeal
1930	9.5	8.8	9.7	9.3
1931	9.7	8.8	9.4	8.5
1932	10.0	9.6	10.2	8.2
1933	8.9	8.1	9.1	7.5
1934	9.9	9.8	8.8	7.7
1935	9.1	7.7	9.0	8.8
1936	9.2	8.2	9.8	9.4
1937	9.1	9.5	10.2	10.1
1938	8.3	8.3	8.8	9.3
1939	7.5	7.2	1,4	8.5
1940	7.5	—	6.3	8.3



Pe *provincii istorice*, nupţialitatea pentru epoca 1930—1940 este sensibil uniformă, neexistând variaţiuni mari dela o provincie la alta. La toate însă se remarcă tendinţa la scăderea nupţialităţii, mai ales în ultimii doi ani. Tabloul şi graficul de mai sus arată evoluţia nupţialităţii pe provinciile istorice în epoca 1930—1940.

Quasi-uniformitatea fenomenului demografic al nupţialităţii este de relevat nu numai pe provincii istorice, ci şi pe *judeţele* ţării. Afară de câteva cifre mai ridicate (Ilfov, Braşov, Caraş, Arad) şi unele cu totul scăzute (Dolj, Brăila, Târnava Mică, Durostor), nupţialitatea pe judeţe a oscilat în anii 1936—1938 între 16—20 căsătoriţi la 1000 locuitori. Tabloul dela pag. 304 arată nupţialitatea după judeţe, pe anii 1936-1937-1938, precum şi mediile pe aceşti 3 ani; harta dela pag. 305 ilustrează grafic aceste medii trienale, grupate în 7 categorii: sub 14 la mie; între 14,1—16; între 16,1—18; între 18,1—20; între 20,1—22; între 22,1—24; peste 24 căsătoriţi la 1000 locuitori.

Divorţurile sunt, în România, în creştere, atât în Vechiul Regat cât şi în provinciile recucerite, în mediul rural ca şi în mediul urban.

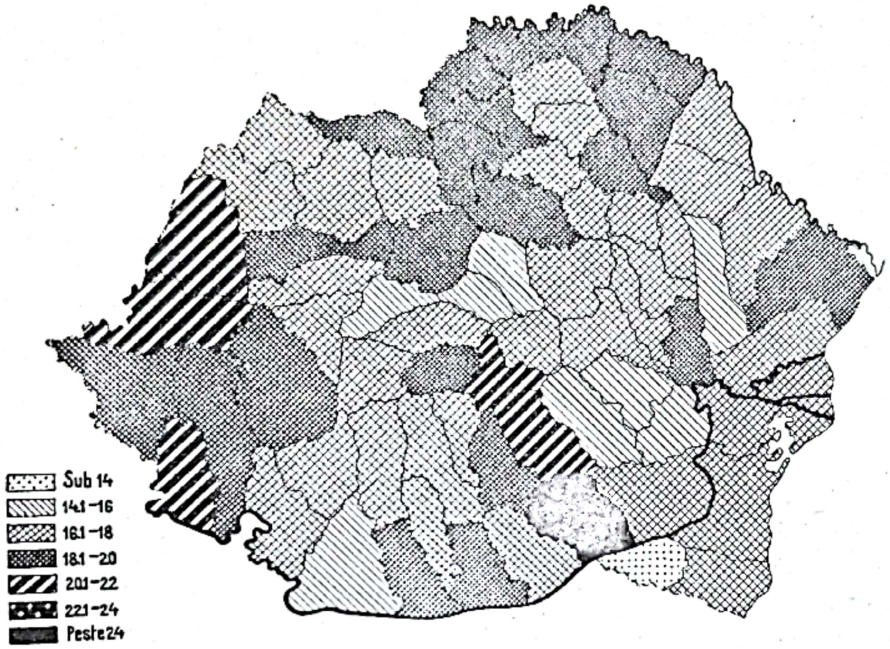
In cifre absolute, am avut în România, între 1923—1938, mai puţin de 8000 divorţuri anual; în 1938, au trecut de 13.000, iar pentru perioada 1935—1939 cifra medie anuală a divorţurilor a fost de 11.381, ceeace înseamnă că la 100 căsătorii existente au survenit 6,6 divorţuri (66).

NUPȚIALITATEA (Căsătoriți la 1000 locuitori)

	1936	1937	1938	Media 1936-38		1936	1937	1938	Media 1936-38
ROMÂNIA . . .	18 3	19.0	17.6		*Basarabia* . . .	*16.4*	*18.9*	*16,5*	*17.2*
					Bălți	14.3	16.7	15.2	18.7
Oltenia	*18.3*	*17.6*	*16.8*	*21.5*	Cahul	15.0	17.0	13.9	15.3
Dolj	18 8	16.9	16.8	14.1	Cetatea-Albă . .	17.0	20.5	18.3	18.6
Gorj	19.3	18.2	15.5	17.6	Hotin	18.6	19.9	18.1	18.8
Mehedinți . . .	18.2	18.8	17.2	18.0	Ismail	17.1	19.5	15.5	17.3
Romanați . . .	19.1	18.2	17.5	18.2	Lăpușna	15.8	18.3	15.7	16.6
Vâlcea	16.1	16.3	16.5	16.3	Orhei	16.8	17.8	15.9	16.8
					Soroca	17.6	20.3	18.2	18.7
Muntenia . . .	*20.1*	*19.1*	*19.6*	*19.6*	Tighina	15.1	20.2	16.1	17.1
Argeș	18.2	18.8	16.3	17.8					
Brăila	16.6	14.9	13.3	14.9	*Bucovina*	*19.5*	*20.3*	*17.6*	*19.1*
Buzău	17.1	15.5	15.0	15.8	Câmpulung . . .	19.0	20.8	18.0	19.2
Dâmbovița . . .	18.0	17.3	22.9	19.4	Cernăuți	19.8	20.9	18.4	19.7
Ialomița	20.1	16.0	13.7	16.6	Rădăuți	19.0	18.7	16.7	18.1
Ilfov	24.8	25.2	24.7	24.9	Storojineț . . .	20.9	19.5	18.2	19.5
Muscel	16.8	15.9	16.3	16.3	Suceava	18.1	21.5	15.8	18.4
Olt	19.6	20.4	19.2	16.7					
Prahova	19.2	17.6	26.5	21.1	*Transilvania* . .	*17.4*	*17.9*	*17.7*	*17.6*
R.-Sărat	16.0	16.9	13.2	15.3	Alba	15 8	17.5	16.7	16.6
Teleorman . . .	20.9	18.2	17.3	18.8	Brașov	19.5	20.1	21.1	20.2
Vlașca	19.5	17.3	16.1	17.6	Ciuc	16.1	15.1	16.5	15.9
					Cluj	19.2	21.1	18.3	19.5
Dobrogea	*16.7*	*16.5*	*14.0*	*15.7*	Făgăraș	17.1	19.1	18.2	18.1
Caliacra	17.2	17.3	15.1	16.5	Hunedoara . . .	19.8	18.4	19.2	19.1
Constanța	17.9	17.5	15.4	16.9	Mureș	17.2	17.9	19.5	18.2
Durostor	14.1	14.2	11.9	13.4	Năsăud	17.8	17.7	17.2	17.5
Tulcea	17.5	16.9	13.4	15.9	Odorhei	16.8	14.3	15.5	15.5
					Sălaj	16.6	18.7	17.1	17.4
Moldova	*18.1*	*19.1*	*15.9*	*17.7*	Sibiu	17.3	17.4	17.6	17.4
Bacău	18.2	18.4	16.5	17.7	Someș	16.2	18.0	17.8	17.3
Baia	16.8	18.6	14.5	16.6	Târnava-Mare .	16 4	17.6	17.0	17.0
Botoșani	19 1	18.5	15.2	17.6	Târnava-Mică . .	15.6	14.3	14.4	14.7
Covurlui	17.6	20.7	17.2	18.5	Trei-Scaune . .	16.6	15.6	16.7	16.3
Dorohoi	19.8	17.6	14.9	17.6	Turda	17.3	18.5	17.3	17.7
Fălciu	17.0	19.7	14.5	17.0					
Iași	20.1	21.3	18.8	20.0	*Banat*	*20.0*	*20.0*	*18.6*	*19.5*
Neamț	18 7	20.0	16.7	18.3	Caraș	28.6	16.6	17.2	20.8
Putna	16.4	17.7	15.2	16,4	Severin	20.3	21.5	17.4	19.7
Roman	18.4	17.9	15.2	17.1	Timiș	16.5	20.5	19.8	18.9
Tecuci	16.1	18.9	15.0	16.6	*Crișana-Maramur*	*18.5*	*22.3*	*19.2*	20.0
Tutova	16.5	18.9	14.6	16.6	Arad	18.3	25.8	18.8	20.9
Vaslui	17,6	19.1	14.9	17.2	Bihor	19.5	23.3	19.9	20.9
					Maramureș . . .	19.2	17.6	20.1	18.9
					Satu-Mare . . .	16.8	18.3	17.9	17.6

Scanned with OKEN Scanner

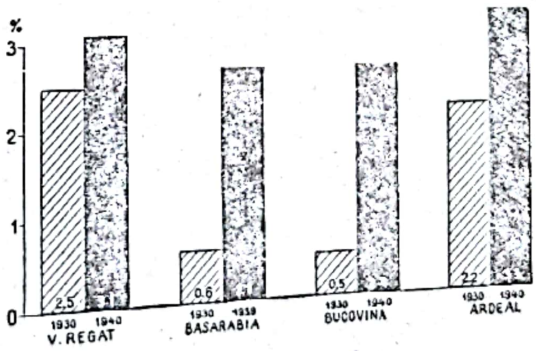
NUPȚIALITATEA ÎN ROMÂNIA PE JUDEȚE (PROPORȚII LA 1.000 LOCUITORI)
MEDIA ANILOR 1936—1938



Detalii, pe provincii, precum și mersul ascendent al curbei divorțurilor, ni le indică tabloul și graficul alăturate, pentru anii 1930—1940 :

DIVORȚURILE PE PROVINCII (PROPORȚII LA 100 CĂSĂTORII)

ANII	Vech. Regat	Basa-rabia	Buco-vina	Ardeal
1930	2.5	0.6	0.5	2.2
1931	2.4	0.8	0.5	2.5
1932	2.5	0.8	0.7	2.3
1933	2.9	1.2	1.0	2.6
1934	2.8	1.2	2.4	2.8
1935	3.2	1.8	1.8	2.8
1936	3.4	2.3	1.8	2.8
1937	3.8	2.1	3.0	3.0
1938	4.5	2.7	3.4	3.3
1939	3.9	2.7	3.7	2.9
1940	3.1	—	2,7	3.3



Este interesant de urmărit variațiunile divorțurilor după religia soților. Tabloul următor redă, pe țara întreagă, aceste cifre, pentru anul 1936 :

DIVORȚURI DUPĂ CONFESIUNI, ÎN ROMÂNIA, ÎN ANUL 1936
(mediul urban și rural întrunite)

Confesiunea	*Divorțați* B.	F.	*Căsătoriți* B.	F.	*Procentul divorțaților la căsătoriți* B.	F.
Ortodoxi	8710	8635	132.149	131.232	6,6	6,6
Greco-catol.	432	408	13.562	13.490	3.2	3,0
Catolici	615	614	10.801	11.490	5,7	5,3
Protestanți	212	214	3.625	3.535	5,8	6,1
Reformați	358	415	6.625	7.046	5,4	5,9
Unitarieni	31	32	621	683	5,0	4,7
Mozaici	552	571	7.169	7.109	7,7	8,0
Mahomedani	8	6	982	967	0,8	0,6

Procentele cele mai reduse de divorțați sunt la greco-catolici, unde divorțul întâmpină piedici confesionale, și la mohamedani, la care femeea este supusă regimului de subordonare oriental.

4. *Natalitatea și fertilitatea*

Am arătat la studiul fenomenelor demografice în general, că România ocupă, în cadru internațional, un loc de frunte în ce privește natalitatea.

Ca evoluție în timp, natalitatea a urmat o curbă descendentă. In 1906, în Vechiul Regat, ea a fost de 39,9 ‰, în 1938 a fost de 29,6‰.

Tabloul următor arată evoluția natalității pentru epoca 1906—1940, după medii și în total, iar diagrama dela pag. 307 reprezintă grafic aceste proporții. In cifre absolute, nașterile însumează cam 600.000 anual, din care abia 75.000—80.000 în mediul urban, restul fiind în mediul rural.

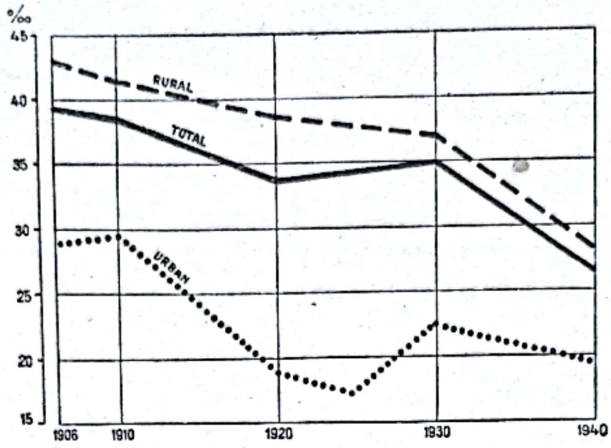
NATALITATEA ÎN ROMÂNIA — PE MEDII — 1906—1940
PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI

ANII	TOTAL		RURAL		URBAN	
	Cifre absolute	La ‰ locuit	Cifre absolute	La ‰ locuit.	Cifre absolute	La ‰ locuit.
1906	262.803	39.9	226.577	42.3	36.226	29·4
1910	273.106	39.2	234.450	41.3	38.656	29.9
1920	539.359	34.7	471.283	39.0	68.076	19.7
1930	625.341	35.0	543.328	37.7	82.013	23.6
1940	352.528	26.5	302.571	28.2	49.957	19.4

Natalitatea nu a evoluat la fel în diferitele regiuni ale țării. Considerată pe provincii istorice, natalitatea a descrescut în decurs de 10 ani (1930—1940) în ordinea următoare : Basarabia cu 10,1‰, Vechiul Regat cu 9,8‰, Ardealul cu 8,1‰ și Bucovina cu 5,0‰ (tabloul și graficul dela pag. 307).

Este instructiv a se urmări și *natalitatea pe județe*. Proporții extreme ale natalității sunt pentru perioada 1936—1938: peste 40‰

EVOLUȚIA NATALITĂȚII ÎN ROMÂNIA (PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI) ÎN PERIOADA 1906—1940)

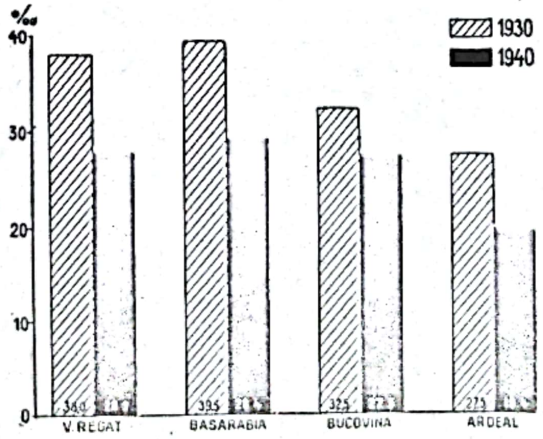


în 5 județe (4 în Moldova: Fălciu, Iași, Tecuci și Vaslui; unul în Basarabia: Cahul); sub 18‰ în Banat (județele Caraș și Timiș). Majo-

DESCREȘTEREA NATALITĂȚII PE PROVINCII
Proporții la ‰ loc.

ANII	Vechiul Regat	Basarabia	Bucovina	Ardeal
1930	38.0	39.5	32.5	27.5
1931	36.4	37.0	30.0	26.0
1932	40.6	40.3	30.9	26.3
1933	36.3	36.0	29.0	23.6
1934	36.7	37.3	27.7	23.2
1935	34.3	34.2	26.8	22.7
1936	35.8	31.6	28.3	23.6
1937	33.8	33.2	26.8	23.7
1938	33.3	31.3	26.0	23.3
1939	30.5	29.4	24.3	22.5
1940	28.2	—	27.5	19.4

DESCREȘTEREA NATALITĂȚII PE PROVINCII (PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI)



ritatea județelor țării au natalitatea cuprinsă între 25 și 40 la mia de locuitori.

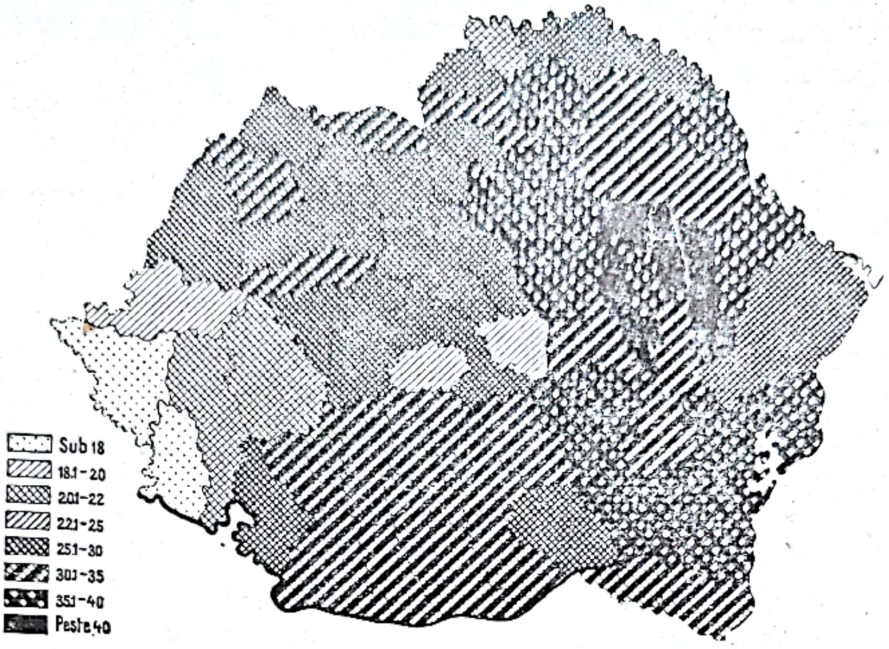
Tabloul următor arată natalitatea pe anii 1936—1938 și media acestui trieniu, iar harta dela pag. 309 reprezintă grafic natalitatea pe județe, grupate în 8 categorii (din 5 în 5 la mie natalitate).

NATALITATEA	1936	1937	1938	Media 1936—38	NATALITATEA	1936	1937	1938	Media 1936—38
ROMÂNIA . . .	31.5	30.8	29.6	30.6	*Basarabia* . . .	*31.6*	*33.2*	*31.2*	*32.0*
					Bălți	33.3	33.5	31.0	32.6
Oltenia	*33.7*	*31.0*	*29.3*	*31.3*	Cahul	32.2	44.6	38.9	40 6
Dolj	34.1	30.8	28.6	31.2	Cetatea-Albă . .	26.3	30.5	29.3	28.7
Gorj	32.9	30.3	28.9	30.7	Hotin	26.9	26.1	25.3	26.1
Mehedinți . . .	29.7	27.9	26.0	27.9	Ismail	28.0	29.7	28.2	28.6
Romanați	37.8	33.4	32.9	34.7	Lăpușna	34 5	35.4	34.1	34.7
Vâlcea	34.0	33 1	31.1	32.7	Orhei	36.2	35.4	34.1	35.2
					Soroca	29.6	28.6	26 8	28.3
Muntenia . . .	*33.9*	*31 7*	*30.9*	*32.2*	Tighina	33.2	39.4	36.7	36.4
Argeș	33.3	32.0	31.7	32.3					
Brăila	33.1	32.0	29.4	31.5	*Bucovina*	*28.3*	*26 8*	*26.0*	*27 0*
Buzău	36.8	34.8	34.6	35.4	Câmpulung . . .	30.1	28.6	29.0	29.2
Dâmbovița . . .	34.6	32 2	30.6	32.5	Cernăuți	22.4	21.5	21.2	21.7
Ialomița	41.8	38.5	36.4	38.9	Rădăuți	32.5	30 6	29.0	30.7
Ilfov	28.4	27.2	27.0	27.5	Storojinet . . .	30.3	28.1	27.2	28.5
Muscel	32.9	29.7	31.2	31.3	Suceava	32.5	31.0	28.9	30.8
Olt	36 5	34.2	33.3	34.7	*Transilvania* . .	*27.2*	*26.9*	*26.3*	*26 8*
Prahova	33.9	31 0	39 7	32.2	Alba	27.0	26.1	25.7	26.3
R.-Sărat	37.1	36.9	34.2	36.1	Brașov	23.9	25.6	26.0	25.2
Teleorman . . .	36.6	32.8	30 2	33.2	Ciuc	29.1	27.9	27.7	28.2
Vlașca	35.0	31.6	29 9	32.2	Cluj	27.6	27 4	27.4	27.5
					Făgăraș	22.2	23.1	21.9	22 4
Dobrogea . . .	*36,5*	*33.6*	*33.3*	*34 5*	Hunedoara . . .	20.2	20.5	19.9	20.2
Caliacra	33.4	32.5	34.2	33.4	Mureș	27.9	27.0	25.8	26 9
Constanța . . .	37.5	35.0	34.3	35.6	Năsăud	28.7	27.3	27.0	27.7
Durostor	34.4	28 4	29.5	30.8	Odorhei . . .	26 1	27.2	25.0	26 1
Tulcea	40.3	38.1	35.4	37.9	Sălaj	30 6	30.6	29 6	30 3
					Sibiu	26.0	27.1	25.6	26 2
Moldova	*39.1*	*39,7*	*36 4*	*38.4*	Someș	29.1	28.5	27.7	28 4
Bacău	38.8	37.0	35.9	37.2	Târnava-Mare .	25.9	25.5	25 7	25.7
Baia	39.7	39.5	36.9	38.7	Târnava-Mică . .	30.7	28.1	28 0	28.9
Botoșani	41.0	40.3	37.0	39.4	Trei-Scaune . .	25.0	23.8	22 8	23.9
Covurlui	32 0	33.3	30.1	31.8	Turda	32.8	32.9	31.8	32.5
Dorohoi	38 0	36 9	34.7	36.5					
Fălciu	42.4	43.9	41.3	42.5	*Banat*	*18.1*	*18.4*	*18.2*	*18.2*
Iași	41 2	41.0	38.3	40.2	Caraș	17.8	18.1	17.5	17.8
Neamț	38,6	38.0	35 7	37.4	Severin	20.7	20.5	19 6	20.3
Putna	35.4	33.7	33.0	34.0	Timiș	17.1	17.5	17.9	17.5
Roman	40,8	40 0	36 9	39 2	*Crișana-Maramur.*	*25.5*	*25.7*	*25.3*	*25.5*
Tecuci	40 4	42.1	38.6	40.4	Arad	19.2	19.1	18 9	19 9
Tutova	39.2	40.2	38.7	39 4	Bihor	26.2	26.6	25.7	26.2
Vaslui	43.3	40 9	39.4	41.2	Maramureș . . .	31 7	30.9	32.0	31.5
					Satu-Mare . . .	29.5	30.1	29.2	29.6

Denatalitatea în România reese evidentă din examinarea proporțiilor anuale ale nașterilor. Acestea merg scăzând din an în an.

Scanned with OKEN Scanner

NATALITATEA PE JUDEȚE ALE ȚARII. PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI. MEDIA ANILOR 1936—1938.



Țara noastră își poate menține locul de frunte în ce privește natalitatea comparată pe plan internațional, numai fiindcă și celelalte țări prezintă același fenomen demografic al denatalității, dealtfel mai vechiu și mai intens ca în România.

Natalitatea Vechiului Regat era, la mijlocul secolului al XIX-lea, cam de 30‰; a crescut apoi la 40—50‰ spre 1890 și s'a menținut în jurul cifrei de 40‰ până la 1916. După războiul de reîntregire, proporția natalității pe țară începe să se resimtă de fenomenul denatalității din Banat, Ardeal și Bucovina. Aceasta face ca, începând dela 1920, natalitatea României întregite să fie mai mică decât cea a Vechiului Regat (67).

Natalitatea a mers descrescând, așa că, în 1940, ea a atins un minim al epocii 1920—40: în cifre absolute 352.528 născuți-vii și în raport cu populația țării 26,5 la 1000 locuitori (68).

Ca și în celelalte state, denatalitatea este la noi un fenomen complex, cu determinanți etiologici multipli și variați: economici, sociali, psihologici, etc.

Denatalitatea se constată în ambele medii: rural și urban; numai intensitatea ei variază. Natalitatea la țară are o tendință descendentă accentuată, coborînd, dela 42‰ cât era în 1920—1924, la 32,2‰ în 1935—1939, deci o reducere de 25%, în timp ce natalitatea urbană arată o oarecare stabilitate, oscilând în aceeași perioadă între limite

restrânse (21—22‰). Dacă însă ţinem seama de lipsa de corelaţie dintre nupţialitatea ascendentă — care a trecut, în mediul urban, dela 15,4 căsătoriţi la 1000 locuitori în 1925—1929 la 20,3‰ în 1935—1939 — şi natalitatea staţionară, fenomenul capătă aceeaş interpretare: denatalitatea este destul de accentuată.

Ca şi în centrele urbane din alte ţări, natalitatea oraşelor României este în scădere în raport cu nupţialitatea, nu din cauza unor deficienţe biologice, ci aproape exclusiv din motive economico-sociale, care au drept rezultat: celibat pronunţat, căsătorii târzii, limitarea naşterilor în vederea unui standard de viaţă, cât mai ridicat, etc.

Fertilitatea. In privinţa acestui fenomen demografic, ca şi sub raportul natalităţii, România se găseşte în fruntea popoarelor Europei.

Lipsa de material documentar a făcut ca cercetările asupra fertilităţii femeilor din România să fie puţine şi nesprijinite pe mijloace de documentare de caracter strict ştiinţific.

Recent s'au studiat, pe bază de date statistice oficiale, variaţiile fertilităţii în raport cu mediul (urban-rural), cu situaţia geografică, structura etnică, categorii profesionale, etc. (69).

După *medii*, fertilitatea este evidenţiată în tabloul următor (70).

NUMĂRUL NĂSCUŢILOR-VII PENTRU 1000 FEMEI ÎNTRE 15—44 ANI (SITUAŢIA IN 1932)

	Născuţi-vii pentru 1000 femei 15—44 ani	Născuţi-vii pentru 1000 locuitori	Repartiţia procentuală a femeilor pe grupe de vârstă (în 1930)			
	Fertilitate	Natalitate	0—14 ani	15—44 ani	45+ ani	vârsta nedeclarată
Populaţia rurală . .	173.1	39.1	35.7	45.7	18.1	0.5
Populaţia urbană . .	79.5	22.3	26.2	54.0	19.4	0.4
Ţara întreagă . .	*152.2*	*35.9*	*33.8*	*47.4*	*18.4*	*0.4*

Se constată că fertilitatea rurală este de peste 2 ori mai mare decât la oraşe.

Fertilitatea prezintă variaţii accentuate dela o *regiune* la alta. In general, ea descreşte progresiv, dinspre ţinuturile depe cursul inferior al Dunării şi de pe litoralul mării, până spre nord-vestul şi mai ales vestul ţării.

Pentru regiunea cuprinzând litoralul mării, şesul dunărean şi până spre dealuri, pe o massă de 500.000 femei cercetată şi de 76.000 născuţi-vii, în anul 1932, s'a stabilit că fertilitatea femeilor între 15—44 ani este cam de 2½ ori mai mare decât dincolo de Carpaţi, în regiunea muntoasă. Această variaţie nu este datorită numai situaţiilor

geografice deosebite, ci şi structurii diferenţiate, economice, sociale, biologice, poate şi unor cauze al căror mecanism rămâne să fie studiat. In legătură strictă cu condiţiunile geografice, se constată că fertilitatea este mai mare în regiunea dealurilor (188.5) şi a câmpiei (179,5), după care vine regiunea muntoasă (158,6).

Considerată pe *grupe etnice,* fertilitatea se arată în avantajul Românilor, faţă de ansamblul de minorităţi ; această constatare este valabilă şi pentru Românii din provinciile noi, la care denatalitatea este mai accentuată decât la cei din Vechiul Regat.

Cercetând fertilitatea după *profesiunile* principale ale soţilor şi în puţine cazuri ale femeilor, obţinem tabloul de mai jos (69).

CATEGORII SAU CLASE PROFESIONALE	10 oraşe principale		5 judeţe răsăritene		5 judeţe apusene	
	Numărul mediu de copii pentru		Numărul mediu de copii pentru		Numărul mediu de copii pentru	
	O femee	10 ani de căsătorie	O femee	10 ani de căsătorie	O femee	10 ani de căsătorie
Agricultori	3.69	5.06	4.08	5.17	2.74	4.48
Mici patroni	2.89	4.81	3.47	5.29	2.50	4.95
Lucrători	2.90	5.17	4.01	5.15	2.91	5.05
Funcţionari	2.37	4.66	3.77	5.27	2.0	4.70
Negustori	2.58	4.58	3.96	5.17	2.08	4.64
Militari	2 41	4.93	—	—	2.65	4.84
Profesiuni libere . .	2.06	4.30	3 09	5.43	1.96	5.04
Alte categorii	2.94	4.57	—	—	3.60	4.74

Dacă ţinem seamă de fertilitatea efectivă, adică de numărul mediu de copii pentru o femee, găsim că fertilitatea cea mai mare o dau agricultorii (excepţie fac judeţele transcarpatine). Urmează apoi lucrătorii care, în Apusul ţării, întrec în fertilitate toate celelalte categorii profesionale. Funcţionarii şi mai ales liber-profesioniştii dau fertilitatea cea mai redusă.

Ca şi în celelalte ţări, se constată şi la noi că fertilitatea este mai mică în clasele profesionale mai înstărite.

Fertilitatea este oarecum proporţională cu durata medie a căsătoriilor. In oraşe, *numărul mediu de copii pentru o femee şi 10 ani de căsătorie* este mai mare la muncitorii calificaţi, necalificaţi şi agricultori. Acest număr mediu variază foarte puţin în judeţele din Răsărit şi este mai mare decât în cele din Apusul ţării.

In ultimă analiză, fertilitatea diferenţiată, ca şi natalitatea dealtfel, nu este legată de clasele profesionale, cum nu este legată nici de vreo stare biologică specifică uneia sau alteia din categoriile profesionale, ci depinde de complexul de condiţiuni economice şi sociale

determinate de profesiunea respectivă şi de mediul, urban sau rural, în care se exercită fiecare categorie de profesiuni: căsătorii târzii, durata mică a căsniciei, viaţa familială relaxată, practici anticoncepţionale, dificultăţi materiale, etc.

5. *Mortalitatea*

In cifre absolute, mortalitatea în România a fost, în anul 1938, de 379.278, ceeace dă o proporţie de 19,2 la mia de locuitori.

In Vechiul Regat, mortalitatea a fost în 1910 de 24.8 la 1000 locuitori, a urcat la 26,7 în 1920 şi apoi s'a stabilizat în jurul proporţiei de 19 la 1000 locuitori.

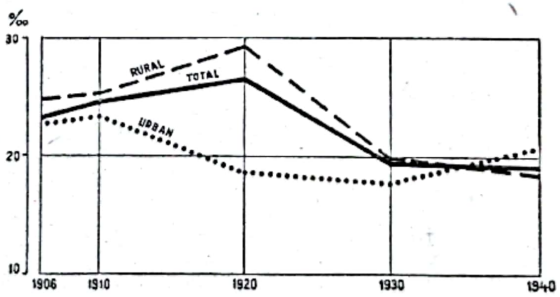
După *medii*, se constată în ultimii ani o nivelare a proporţiei între mediul rural şi cel urban, după ce cu 2 decenii în urmă mortalitatea fusese cu 60% mai mare în mediul rural (în 1920, mediul rural 29,1‰, cel urban 18,3‰).

Tabloul următor şi graficul arată evoluţia mortalităţii pe ţara întreagă şi după medii:

MORTALITATEA ÎN ROMÂNIA PE MEDII 1906—1940
CIPRE ABSOLUTE ŞI PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI

ANII	TOTAL		RURAL		URBAN	
	Cifre absolute	la ‰ locuit.	Cifre absolute	la ‰ locuit.	Cifre absolute	la ‰ locuit.
1906	157.360	23.9	129 148	24.1	28.212	22.9
1910	172.842	24.8	142.107	25.1	30.735	23.8
1920	414,629	26.7	351.364	29.1	63.265	18.3
1930	346.714	19.4	285.108	19.6	61.606	17.7
1940	254.892	19.2	201.586	18 8	53.306	20.7

MORTALITATEA ÎN ROMÂNIA, PE ŢARA ÎNTREAGĂ ŞI PE MEDII (1906—1940)
PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI

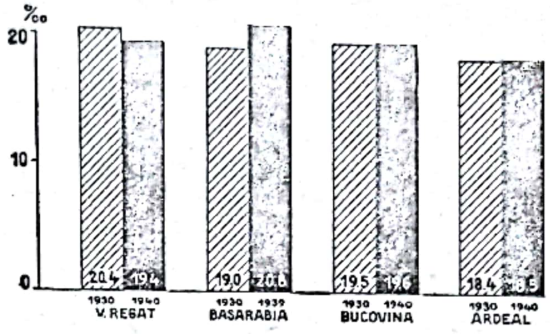


Mortalitatea diferenţiată pe *provincii*, în cursul ultimilor 10 ani, se poate vedea din tabloul şi graficul de mai jos, din care rezultă că

cea mai ridicată mortalitate se înregistrează în Basarabia şi cea mai scăzută în Ardeal.

MORTALITATEA ÎN ROMÂNIA, PE PROVINCII (PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI)

ANII	Vechiul Regat	Basarabia	Bucovina	Ardeal
1930	20.4	19.0	19.5	18.4
1931	22.5	22.6	18.5	19.2
1932	22.7	24.5	19.5	19.9
1933	19.3	19.2	17.5	18.3
1934	21.7	24.1	20.2	18.1
1935	21.1	26.4	19.3	19.
1936	20.4	22.6	17.2	17.8
1937	19.5	21.8	17.9	18.3
1938	19.7	20.2	18.8	18.3
1939	19.0	20.8	17.2	17.4
1940	19.4	—	19.6	18.9



Curba evoluţiei mortalităţii are şi în România un mers descendent, însă într'un ritm mult mai lent decât în ţările occidentale.

Evoluţia mortalităţii în România reese mai evidentă din cifrele următoare (71):

MORTALITATEA ÎN EPOCA 1906—1939 (PE MEDII ANUALE, PERIOADE DE 5 ANI)

	Cifre absolute		Proporţii	
	Mediul rural	Mediul urban	Med. rural ‰ locuit	Med. urb. ‰ locuit.
Vechiul Regat				
1906—1910	145.066	30.894	26.3	24.5
1911—1915	149.555	33.026	24.5	24.3
România				
1925 - 1929	309.925	61.508	22.8	17.2
1930—1934	309.399	63.614	20.8	18.0
1935—1939	312.888	69.570	19.6	19.4

In interiorul curbei descendente lente a mortalităţii în România, se constată unele inflexiuni: astfel, deşi curba generală este descendentă, mortalitatea urbană este în creştere în ultimul deceniu (dela 17,2 la 19,4 la mia de locuitori).

Remarcabilă rămâne însă scăderea bruscă a acestei mortalităţi urbane care s'a produs odată cu întregirea României ; aceasta se explică desigur prin adăogarea populaţiei din provinciile alipite, cu un standard de viaţă mai ridicat şi cu mortalitate mult mai mică decât a Vechiului Regat.

Scanned with OKEN Scanner

In ce privește populația rurală, după Unire se constată o sporire a mortalității, explicabilă prin adaosul populației Basarabiei, provincie în care mortalitatea la sate e foarte ridicată.

In fine, pe *județe*, mortalitatea diferențială este înfățișată, pentru anii 1936, 1937 și 1938, precum și în media acestor 3 ani, în tabloul numeric următor :

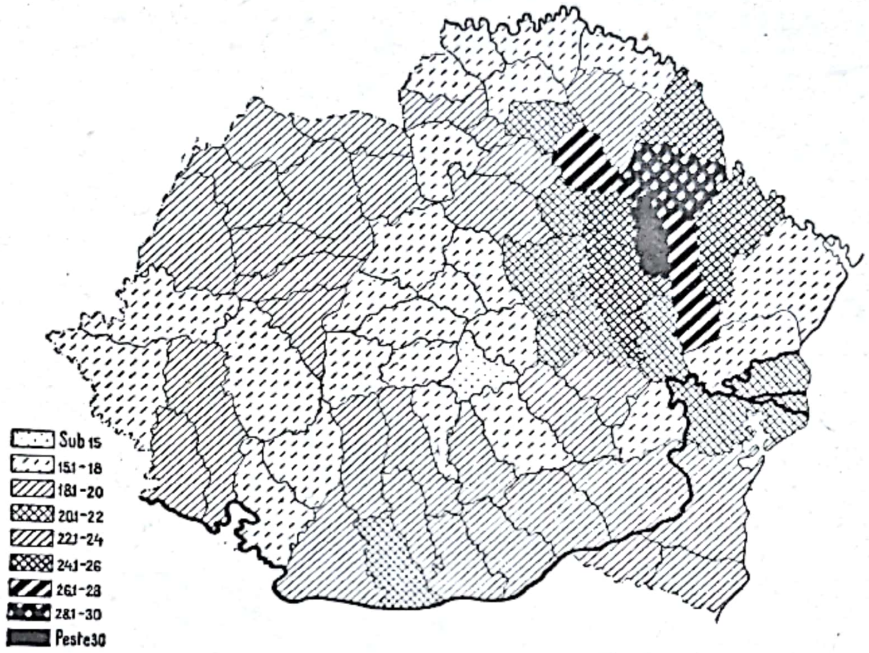
MORTALITATEA PE JUDEȚE ALE ROMÂNIEI

	1936	1937	1938	Media 1936—38		1936	1937	1938	Media 1936—38
ROMÂNIA . . .	19.8	15.3	19.2	19.4	*Basarabia* . . .	*22.6*	*21.8*	*20.2*	*21.5*
					Bălți	20.2	20.6	18.8	19.9
Oltenia	*20.4*	*18.0*	*17.8*	*18.7*	Cahul	26.6	26.0	26.3	26.3
Dolj	21.2	18.1	17.7	19.0	Cetatea Albă . .	17.0	18.0	16.6	17.2
Gorj	19.0	16.6	18.0	17.9	Hotin	16.7	18.5	15.7	17.0
Mehedinți . . .	17.6	17.7	17.1	17.5	Ismail	18.0	17.4	17.5	17.6
Romanați . . .	22.8	19.2	18.9	20,3	Lăpușna	32.3	28.5	27.0	29.3
Vâlcea	20.6	18.2	17.2	18.7	Orhei	27.8	25.9	22.1	25.3
					Soroca	17.2	18.1	16.1	17.3
Muntenia	*19.2*	*18.2*	*18.3*	*18.6*	Tighina	27.8	23.8	22.3	24.6
Argeș	19.5	18.4	17.3	18.4					
Brăila	18.9	17.6	16.9	17.8	*Bucovina* . . .	*17.2*	*17.9*	*18.8*	*18.0*
Buzău	20.8	18.3	19.9	19.7	Câmpulung . . .	15.0	16.4	18.4	16.6
Dâmbovița . . .	18.8	18.8	17.5	18.4	Cernăuți	17.1	18.6	17.5	17.7
Ialomița	20.4	19.1	19.5	19.7	Rădăuți	18.0	18.7	21.5	19.3
Ilfov	19.4	18,3	19.4	19.0	Storojinet . . .	17.1	17.2	18.7	17.7
Muscel	17.3	16.8	17.3	17.1	Suceava	17.8	17.2	19.4	18.1
Olt	20.3	18.1	17.4	18.6					
Prahova	18.0	18.0	16.9	17.6	*Transilvania* . .	*17.6*	*17.8*	*17.8*	*17.7*
R.-Sărat	19.6	17.0	18.2	18.3	Alba	18.5	18.4	17.9	18.3
Teleorman . . .	18.9	18.7	17.8	18.5	Brașov	14.8	14.7	15.2	14.9
Vlașca	18.3	18.0	18,2	18.2	Ciuc	17.9	16.4	16.9	17.0
					Cluj	18.4	18.0	18.4	18.3
Dobrogea . . .	*19.4*	*19.8*	*20.1*	*19.8*	Făgăraș	17.8	17.2	18.0	17.7
Caliacra	19.4	19.1	18.9	19.1	Hunedoara . . .	17 0	18.3	17.6	17.6
Constanța . . .	18.7	20.4	20.2	19.8	Mureș	17.0	16.9	16.7	16.9
Durostor	20.0	18.5	17.8	18.8	Năsăud	18.7	18.9	19.7	19.1
Tulcea	19.5	21.2	23.3	21.3	Odorhei	18.0	18.1	17.0	17.7
					Sălaj	18.7	19.4	19.5	19.2
Moldova	*22.5*	*22.1*	*22.7*	*22.4*	Sibiu	17.2	17.6	17.6	17.5
Bacău	21.4	20.3	21.4	21.0	Someș	18.1	17.7	19.9	18.9
Baia	18.5	19.2	20.0	19.2	Târnava Mare .	16.5	16.0	16.1	16.2
Botoșani	19.6	21.3	21.7	20.9	Târnava Mică . .	18.0	18.7	17.7	17.8
Covurlui	20.7	29.6	23.7	21.7	Trei Scaune . .	15.3	15.2	15.0	15.2
Dorohoi	17.9	18.5	17.1	17.8	Turda	18.8	19.9	18.4	19.0
Fălciu	31.0	31.3	29.0	30.4	*Banat*	*17.9*	*18.7*	*18.6*	*18.4*
Iași	26.4	26.4	26.4	26.4	Caraș	18.2	20.9	20.7	19.9
Neamț	18.0	19.1	22.3	19.8	Severin	18.6	19.3	18.9	18.9
Putna	23.8	19.4	21.7	21.6	Timiș	17.4	17.6	17.7	17.6
Roman	20.6	21.6	22.0	21.4	*Criș.-Maram.* . .	*18.0*	*18.5*	*18.4*	*18.3*
Tecuci	28.5	22.8	24.3	25.2	Arad	17.1	17.0	17.7	17.3
Tutova	25.9	25 2	25.7	25.6	Bihor	18.6	18.0	18.0	18.2
Vaslui	25.2	25.8	23.1	24.7	Maramureș . . .	17.8	21.4	19.1	19.4
					Satu Mare . . .	18.5	19.6	19.7	19.3

Scanned with OKEN Scanner

Din acest tablou reese că județele cu mortalitatea cea mai mică sunt cele din Transilvania, cu o populație minoritară mai importantă: Brașov (14,9), Trei Scaune (15,2), Târnava Mare (16,2), Mureș (16.9),

MORTALITATEA ÎN ROMÂNIA, PE JUDEȚE. PROPORȚII LA 1000 LOC. MEDIA ANILOR 1936—1938.



pe când mortalitatea maximă o are județul Fălciu (30,4), apoi Lăpușna (29,3), Iași (26,4) și Cahul (26,3).

Variația mortalității după județe este înfățișată și în harta de mai sus.

6. *Mortalitatea infantilă*

Nu numai mortalitatea generală este mai mare pentru România decât pentru celelalte state europene, dar și pentru fiecare grupă de vârstă se constată o mortalitate mai ridicată la noi. Mortalitatea cea mai mare se remarcă la populația tânără. In interiorul acestei grupe, mortalitatea este foarte crescută dela 0 la 10 ani și mai redusă dela 10 la 35 ani.

Dintre toate țările pentru care există statistici, România are mortalitatea infantilă cea mai mare. In cifre absolute, mor anual în România (1920—1938) cam 100.000 copii sub etatea de un an.

Diferența, procentuală dintre mortalitatea infantilă a mediului rural și cea a mediului urban, este mică, dar totdeauna în defavoarea mediului rural.

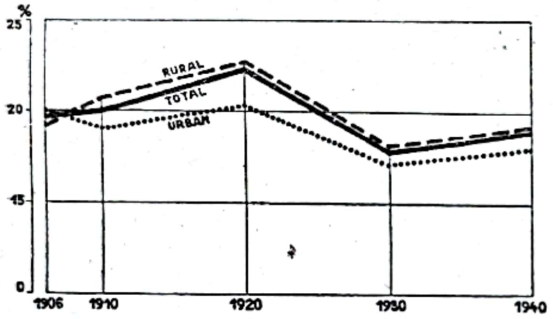
Mortalitatea infantilă, pe ţara întreagă ca şi pe medii (rural-urban), este înfăţişată în tabelul şi graficul de mai jos :

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA - PE MEDII-1906-1940

Proporţii la 100 născuţi-vii

ANII	TOTAL		RURAL		URBAN	
	Cifre absolute	La % n. vii	Cifre absolute	La % n. vii	Cifre absolute	La % n. vii
1906	50.633	19.3	43.490	19.2	7143	19.7
1910	54.300	19.4	47.076	20.0	7224	18.8
1920	119.700	22.2	104.718	22.2	14.982	22.0
1930	109.955	17.6	95.782	17.6	14.173	17.3
1940	66.704	18.9	57.743	19.1	8961	17.9

EVOLUŢIA MORTALITĂŢII INFANTILE ÎN ROMÂNIA, PE MEDII. PROPORŢII LA 100 NĂSCUŢI VII.

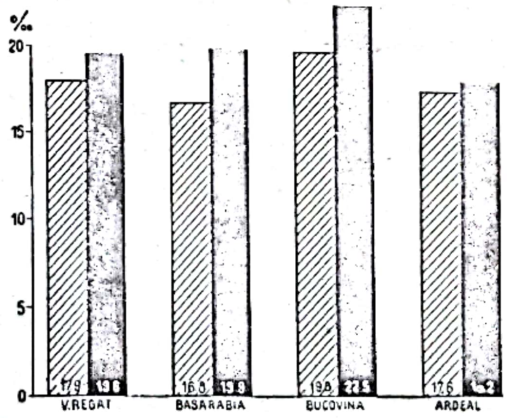


Pe *provincii istorice* mortalitatea infantilă a fost în ultimii ani mai mică în Ardeal şi mai mare în Basarabia. In interiorul fiecărei provincii, evoluţia a fost descendentă, afară de Basarabia, unde. dela 1930 la 1938, s'a evidenţiat un spor de mortalitate dela 16,8 la 19,4 la suta de născuţi-vii, cu un maximum în 1935 de 23,6%.

Evoluţia mortalităţii infantile pe provincii este pusă în evidenţă în tabloul şi graficul următor :

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA PE PROVINCII
(PROPORŢII LA 100 NĂSCUŢI VII)

ANII	Vechiul Regat	Basarabia	Bucovina	Ardeal
1930	17.9	16.8	19.8	17.6
1931	18.7	19.3	17.8	16.7
1932	18.6	19.5	20.5	17.8
1933	17.6	18.4	17.5	16.8
1934	18.3	19.2	21.9	17.4
1935	18.7	23.6	19.9	18.1
1936	17.5	19.6	17.3	16.3
1937	17.7	19.3	19.3	17.1
1938	18.2	19.4	20.8	17.7
1939	17.9	19.9	19.1	16.0
1940	19.6	—	22.5	18.2



Pe *județe*, mortalitatea infantilă, așa cum se vede din tabloul și harta ce urmează, este cea mai mică în Brașov (11,5%) și cea mai mare în Fălciu. Aceste extreme influențează desigur cifra mortalității generale în județele respective.

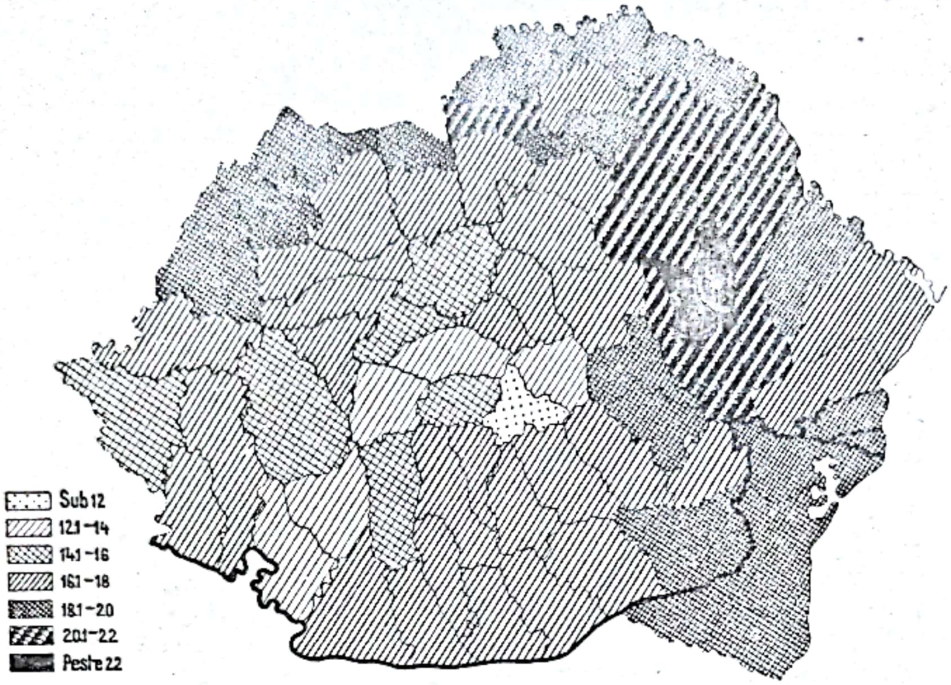
MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA, PE JUDEȚE
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚII VII

	1936	1937	1938	Media 1936—38		1936	1937	1938	Media 1936—38
Oltenia	15.4	14.6	15.5	15.2	Cahul	21.4	19.0	22.0	20.8
Dolj	16.8	15.9	17.1	16.6	Cetatea Albă	16.3	17.0	16.7	16.7
Gorj	13.0	13.1	13.5	13.2	Hotin	16.3	21.1	17.7	18.4
Mehedinți	11.7	12.1	12.6	12.1	Ismail	16.3	16.2	17.6	16.7
Romanați	17.2	16.8	18.0	17.3	Lăpușna	24.3	20.2	21.2	21.9
Vâlcea	16.1	13.8	13.9	14.6	Orhei	21.1	20.7	18.5	20.1
					Soroca	17.4	19.0	19.0	18.5
Muntenia	17.2	16.9	17.0	17.0	Tighina	20.5	17.8	19.8	19.4
Argeș	17.4	17.1	16.9	17.1					
Brăila	18.8	17.5	17.7	18.0	*Bucovina*	17.3	19.3	20.8	19.1
Buzău	17.4	16.3	16.9	16.9	Câmpulung	15.6	17.6	19.8	17.7
Dâmbovița	17.6	17.5	17.4	17.5	Cernăuți	17.7	20.1	19.0	18.9
Ialomița	18.7	19.1	19.2	19.0	Rădăuți	18.5	21.6	24.9	21.7
Ilfov	17.1	16.2	16.7	16.7	Storojinet	16.8	18.6	19.5	18.3
Muscel	16.6	16.8	16.8	16.7	Suceava	16.7	17.4	21.2	18.4
Olt	17.1	16.4	15.4	16.3					
Prahova	16.4	16.4	15.7	16.2	*Transilvania*	15.4	16.0	16.4	15.9
R.-Sărat	19.2	17.1	18.6	18.3	Alba	16.5	17.8	16.8	17.0
Teleorman	15.4	16.7	16.6	16.2	Brașov	12.4	10.9	11.2	11.5
Vlașca	16.5	17.1	16.8	16.8	Ciuc	15.3	16.3	17.7	16.6
					Cluj	16.5	15.8	16.3	16.2
Dobrogea	18.3	19.9	19.9	19.4	Făgăraș	14.4	14.6	15.1	14.7
Caliacra	19.1	20.3	19.9	19.8	Hunedoara	13.5	16.1	16.4	15.3
Constanța	17.9	20.5	19.5	19.3	Mureș	15 5	16.2	15.4	15.7
Durostor	18.7	18.8	19.9	19.1	Năsăud	15.6	16.7	18.7	16.0
Tulcea	17.9	19.7	20.3	19.3	Odorhei	16.3	16.5	15.4	16.1
					Sălaj	17.4	18.6	20.6	18.9
Moldova	18.9	19.2	20.5	19.5	Sibiu	14.1	13.4	14.2	13.9
Bacău	18.0	17.5	18.5	18.0	Someș	16.0	17.8	19.3	17.7
Baia	16.3	17.2	18.5	17.3	Târnava Mare	12.7	12.1	11.6	12.1
Botoșani	16.8	19.4	20.5	18.9	Târnava Mică	15.3	16.5	15.5	15.8
Covurlui	19.9	19.4	23.1	20.8	Trei Scaune	12.2	11.8	12.8	12.3
Dorohoi	16.4	18.1	16.8	17.1	Turda	16.4	18.0	17.5	17.3
Fălciu	22.5	21.9	22.4	22.3					
Iași	19.9	20.4	21.4	20.6	*Banat*	15.8	15.6	17.2	16.2
Neamț	15.5	16.2	18.2	16.6	Caraș	13.5	17.0	17.9	16.1
Putna	20.6	18.5	20.4	19.8	Severin	16.4	16.1	18.8	17.1
Roman	19.0	19.8	22.1	20.3	Timiș	16.3	14.7	16.1	15.7
Tecuci	21.8	19.3	21.3	20.8					
Tutova	22.1	21.7	22.7	22.2	*Crisana-Maram.*	17.7	19.6	19.7	19.0
Vaslui	19.4	21.6	22.3	21.1	Arad	17.0	17.6	19.4	18.0
					Bihor	18.9	20.0	19.1	19.3
Basarabia	19.6	19.3	19.4	19.4	Maramureș	16.7	22.0	19.3	19.3
Bălți	19.6	21.2	20.6	20.5	Satu-Mare	17.3	19.3	21.3	19.3

Un alt fenomen demografic ce contribue la accentuarea pierde-

Scanned with OKEN Scanner

MORTALITATEA INFANTILĂ ÎN ROMÂNIA, 1936—1938, PE ȚARA ÎNTREAGĂ ȘI DUPĂ MEDII. PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚII VII



rilor biologice în România este *mortinatalitatea*. Pentru anul 1937, cifrele absolute și proporțiile ce stabilesc corelația dintre mortinatalitate și alte fenomene demografice sunt cuprinse în tabloul următor:

MORTINATALITATEA ÎN ROMÂNIA, ÎN ANUL 1937

	Țara întreagă	*Mediul rural*	*Mediul urban*
Cifre absolute	14.511	10.321	4.190
Proporții la 100 născuți-vii	2,4%	2,0%	5,4%
DUPĂ SEX:			
Din fiecare sută de născuți-morți au fost:			
de sex masculin . .	55,5%	55,0%	56,7%
de sex feminin . .	44,5%	45,0%	43,3%
DUPĂ STAREA CIVILĂ			
Din totalul născuților-morți, din fiecare mediu în parte, au fost:			
legitimi	81,8%	84,6%	75,3%
nelegitimi	18,2%	15,4%	24,7%
Născuții-morți pe procente din toți născuții, după stare civilă, pentru fiecare mediu în parte:			
legitimi:	2,1%	1,7%	4,9%
nelegitimi	3,5%	2,6%	7,0%

Mortinatalitatea este deci mai mare, în anul considerat, în mediul urban decât în cel rural; acest fenomen este deasemeni mai

accentuat atunci când este vorba de naşterile nelegitime (procentual aproape dublu) şi mai ales de naşterile nelegitime la oraşe.

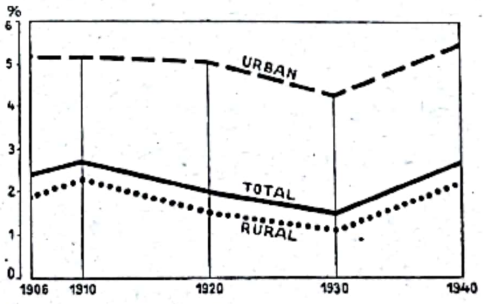
Analizând şi mortinatalitatea după criteriile pe care le-am adoptat pentru studiul celorlalte fenomene demografice, găsim că evoluţia a fost staţionară în ultimele 4 decenii, mediul urban păstrând tot timpul superioritatea numerică a proporţiilor de născuţi-morţi.

Tabloul următor cuprinde cifrele absolute şi proporţiile de născuţi-morţi la 100 născuţi-vii, dela 1906 la 1940. Se verifică afirmaţiile de mai sus: mortinatalitatea pe ţara întreagă a fost 2,4 în 1906 şi 2,7 în 1940; iar după mediu (1940) a fost 2,2 la ţară şi 5,5 la oraşe, deci de 2½ ori mai mare la oraşe.

MORTINATALITATEA ÎN ROMÂNIA, 1906-1940

	Ţara întreagă		Mediul rural		Mediul urban	
	Cifre absolute	o/o năs. cuţi vii	Cifre absolute	o/o năs. cuţi vii	Cifre absolute	o/o năs. cuţi vii
1906	6257	2.4	4408	1.9	1894	5.2
1910	7441	2.7	5438	2.3	2003	5.2
1920	10.695	2.0	7242	1.5	3453	5.1
1930	9440	1.5	5884	1.1	3556	4.3
1940	9402	2.7	6660	2.2	2742	5.5

EVOLUŢIA MORTINATALITĂŢII ÎN ROMÂNIA, 1906—1940
PROPORŢII LA 100 NĂSCUŢI VII



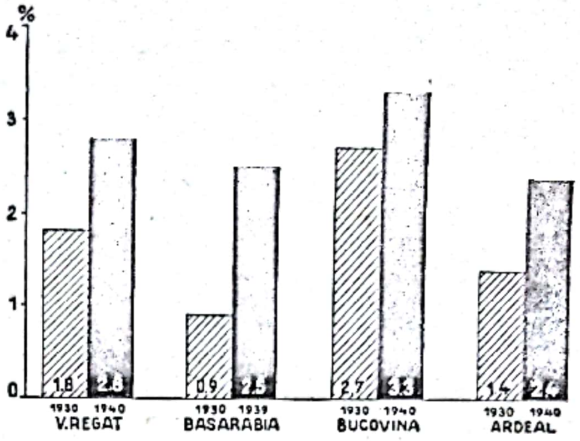
După *provincii*, mortinatalitatea maximă o arată în ultimul deceniu Bucovina, după care urmează Vechiul Regat, Basarabia şi Ardealul. Tabloul şi graficul dela pag. 320 redau această situaţiune:

In cuprinsul Vechiului Regat, mortinatalitatea în ordine descendentă (la suta de născuţi vii) este următoarea: Oltenia 3,2%, Moldova 2,4%, Muntenia 2,3%, Dobrogea 2,2%; în Ardeal şi Banat a fost de 2,6%, iar în restul ţării 1,9%.

Considerate pe *judeţe*, cifrele de mortinatalitate pentru anii 1935—1936—1937, precum şi media trienală, sunt înfăţişate în tabloul dela pag. 321.

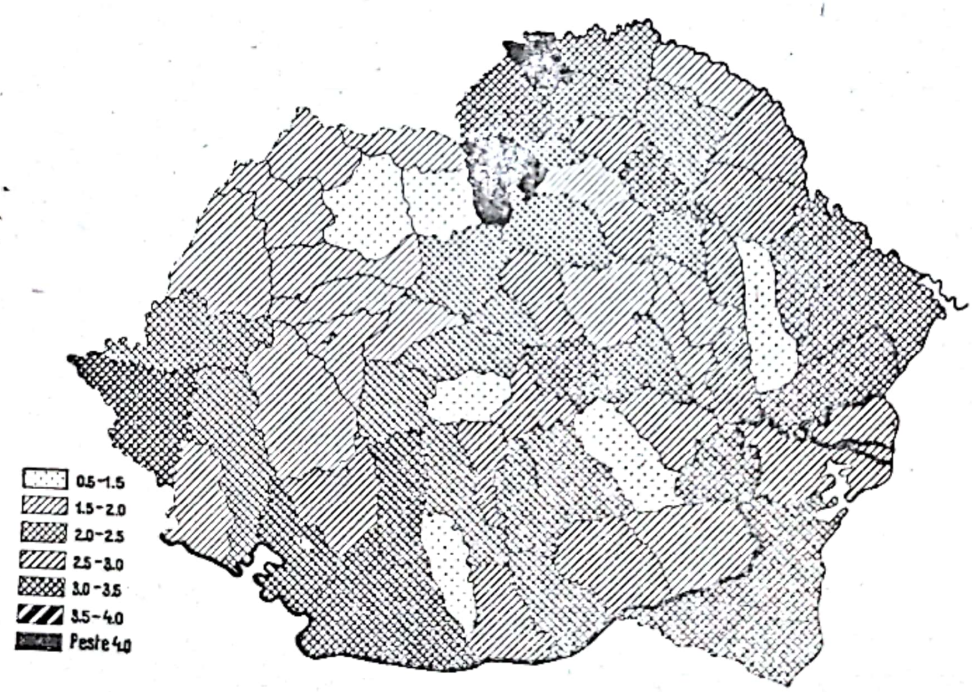
MORTINATALITATEA ÎN ROMÂNIA DUPĂ PROVINCII
(PROPORŢII LA 100 NĂSCUŢI VII)

Anii	V. Reg.	Basar.	Bucov.	Ardeal
1930	1.8	0.9	1.4	1.4
1931	1.8	1.0	1.4	1.4
1932	2.0	1.3	1.6	1.6
1933	2.3	1.7	1.9	1.9
1934	2.5	2.0	2.1	2.1
1935	2.5	2.1	2.1	2.1
1936	2.4	2.1	2.1	2.1
1987	2.5	2.3	2.2	2.2
1938	2.7	2.5	2.3	2.3
1939	2 8	2.5	2.2	2.2
1940	2.8	—	2.4	2.4



Harta ce urmează scoate în evidenţă mortinatalitatea accentuată

MORTINATALITATEA ÎN ROMÂNIA PE JUDEŢE. PROPORŢIA LA 100 NĂSCUŢI VII.
MEDIA ANILOR 1935—1937.



în Bucovina (judeţele Câmpulung, Cernăuţi, Storojineţ, Rădăuţi). Mortinatalitatea cea mai redusă se constată în Ardeal şi în câteva judeţe din Vechiul Regat.

7. *Cauzele de deces*

Pentru a combate mortalitatea, trebue să urmărim tendinţa acestui fenomen demografic, precum şi factorii care îl condiţionează.

MORTINATALITATEA ÎN ROMÂNIA, PE JUDEȚE
PROPORȚII LA 100 NĂSCUȚI VII

	1935	1936	1937	Media 1935—37
Oltenia	3.2	3.1	3.2	3.2
Dolj	3.4	2.9	2.9	3.1
Gorj	2.7	2.6	3.1	2.8
Mehedinți	3.3	3.1	3.4	3.3
Roman	3.4	3.1	3.2	3.2
Vâlcea	3.2	3.8	3.6	3.5
Muntenia	2.4	2.2	2.3	2.3
Argeș	2.6	2.4	2.6	2.5
Brăila	2.9	2.1	2.2	2 1
Buzău	1.3	1.1	1.0	1.1
Dâmbovița	2.3	2.5	2.2	2.3
Ialomița	2.0	1.8	1.7	1.8
Ilfov	2.9	2.9	3.2	3.0
Muscel	2.5	2.7	2.7	2.6
Olt	1.3	1.3	1.5	1.4
Prahova	2.4	2.4	2.5	2.4
R. Sărat	2.0	1.8	1.8	1.9
Teleorman	3.0	2.5	2.6	2.7
Vlașca	2.4	2.4	2.7	2.5
Dobrogea	2.3	2.1	2,2	2.3
Caliacra	2.4	2.1	2.3	2.3
Constanța	2.5	2.4	2.1	2.3
Durostor	2.5	2.0	2.7	2.4
Tulcea	1.7	2.0	1.8	1.8
Moldova	2.3	2.4	2.5	2.4
Bacău	2.0	1.9	2.0	2.0
Baia	1.9	2.1	1.8	1.9
Botoșani	2.6	2.8	2.8	2.7
Covurlui	2.4	2.9	2.9	2.7
Dorohoi	2.2	2.3	2.4	2.3
Fălciu	2.6	3.2	2.5	2.8
Iași	2.3	3.1	3.0	3.1
Neamț	2.1	2.0	2.3	2.1
Putna	2.3	2.6	2.6	2.5
Roman	2.8	2.9	3.3	3.0
Tecuci	1.7	1.6	2.0	1.8
Tutova	2.1	2.0	2.0	2.0
Vaslui	2.5	2.1	2.7	2.4
Basarabia	2.1	2.1	2.3	2.2
Bălți	2.1	2.0	2.5	2.2
Cahul	1.3	1.5	1.5	1.4
Cetatea-Albă	2.1	2.5	1.9	2.2
Hotin	2.0	2.0	2.2	2.1
Ismail	1.7	1.8	2.8	2.1
Lăpușna	2.9	2.6	2.7	2.7
Orhei	2.7	2.8	3.2	2.9
Soroca	1.5	1.6	1.9	1.7
Tighina	2.0	2.2	2.2	2.1
Bucovina	3.5	3.3	3.6	3.5
Câmpulung	4.7	4.0	4.0	4.2
Cernăuți	3.9	4.1	4.8	4.2
Rădăuți	3.4	3.1	3.4	3.3
Storojinet	3.1	2.9	3.3	3.1
Suceava	2.4	2.2	2.0	2.2
Transilvania	1.9	1.9	1.9	1.9
Alba	1.9	1.7	1.8	1.8
Brașov	2.5	3.0	2.4	2.6
Ciuc	2.8	2.8	2.8	2.8
Cluj	1.5	1.4	1.8	1.6
Făgăraș	1.1	1.6	1.5	1.4
Hunedoara	2.2	1.8	2.0	2.0
Mureș	2.3	2.0	2.0	2.1
Năsăud	1.5	1.3	1.0	1.3
Odorhei	2.1	2.2	2.6	2.3
Sălaj	1.5	1.8	1.8	1.7
Sibiu	2.6	2.3	2.2	2.4
Someș	0.5	0.5	0.4	0.5
Târnava-Mare	2.4	2.1	2.8	2.4
Târnava-Mică	1.9	1.8	1.7	1.8
Trei-Scaune	3.3	3.4	3.1	3.3
Turda	1.5	1.6	2.0	1.7
Banat	2.7	2.5	2.7	2.6
Caraș	2.0	1.8	2.1	2.0
Severin	2.2	2.3	2.4	2.3
Timiș	3.2	2.9	3.1	3.1
Crișana-Maram.	1.8	1.8	2.1	1.9
Arad	2.3	2.4	2.7	2.5
Bihor	1.3	1.6	1.8	1.6
Maramureș	1.6	1.5	1.8	1.6
Satu-Mare	2.1	1.8	2.0	0.2

Este deci necesar a cunoaște cauzele de deces pentru diferitele grupe de vârstă.

Cum cifra cea mai importantă a mortalității este la copiii 0—1 an, este necesară o analiză detaliată a cauzelor de deces pentru această vârstă (72).

CAUZELE DE DECES LA COPIII 0—1 AN, ÎN ANUL 1935. CIFRE ABSOLUTE ŞI PROCENTE — PE CAUZE — DIN TOTALUL FIECĂREI GRUPE DE VÂRSTĂ

CAUZELE DE DECES	0—1 an		Sub 1 zi		1—6 zile		7—29 zile		1—6 luni		6—11 luni	
	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%
Toate cauzele	112.499	100	2867	100	18.737	100	22.528	100	41.815	100	26.552	100
Bol. primei copilării***)	68.879	62.1	2726	95.1	17.649	94.2	19.718	87.5	23.155	555.4	6.631	35.1
Bolile apar. resp. (minus tbc. pulm.)	17.846	15.9	5	0.2	184	1.0	81	3.6	8.385	20.0	7.457	31.8
Bolile apar. digestiv.	15.491	13.8	5	0.2	126	0.7	580	2.6	6.899	16.5	7.881	29.7
Boli infecţ. şi parazitare	4.990	4.4	47	1.6	181	1.0	754	3.3	1.712	4.1	2.296	8.6
Bolile sistem. nervos şi sensorial	2.143	2.0	14	0.5	398	2.1	389	1,7	835	2.0	507	I.9
Morţi violente sau accidentale	543	0.5	34	1.2	58	0.3	63	0.3	196	0.5	192	0,7
Tuberculoză	376	0.3	—	—	5	*)	12	*)	143	0.3	217	0.8
Boli de piele şi ţesut cel.	278	0.2	1	*)	5	*)	58	0.3	155	0.4	59	0.2
Boli generale	278	0.2	—	—	13	0.1	20	0.1	90	0.2	150	0.7
Bol. apar. urin. şi genit.	94	0.08	—	—	—	—	7	*)	43	0.1	44	0.2
Bolile apar. circulator	66	0.06	—	—	6	*)	10	*)	27	*)	23	0.1
Bolile sângelui şi org. hematopoetice	17	*)	—	—	4	*)	2	*)	2	*)	9	*)
Cancer şi alte tumori maligne	12	*)	1	*)	—	—	3	*)	7	*)	1	*)
Bolile sistem. de locom.	11	*)	—	—	—	—	—	—	6	*)	5	*)
Cauze nedeterminate	226	0.2	15	0.6	30	0.2	33	0.1	94	0.2	54	0.2

CAUZELE DE DECES LA COPIII 0—1 AN, ÎN ANUL 1935. CIFRE ABSOLUTE ŞI PROCENTE — PE GRUPE DE VÂRSTĂ — DIN TOTALUL GENERAL AL FIECĂREI CAUZE DE DECES

CAUZELE	Total general al deceselor		0—1 an		Sub 1 zi		1—6 zile		7—29 zile		1—5 luni		6—11 luni	
	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absol.	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%	Cifre absolute	%
Toate cauzele	402,720	100	112.499	27.9	2.867	0.7	18.737	4,6	22.528	5.6	41.815	10.4	26.552	6.6
Bolile primei copilării ***)	69.879	100	69.879	10.0	2.726	3.9	17.649	25.2	19.718	28.2	23.155	33.1	6.631	9.5
Bolile ap. resp. (—tbc. p.)	82.532	100	17.844	21.6	5	**)	184	0.3	813	1.0	8.385	10.1	8.457	10.2
Bolile ap. digest.	43.218	100	15.491	35.8	5	**)	126	0.3	850	0.3	6.899	16.0	7.881	18.3
„ Inf. şi paraz.	27.985	200	4.990	17.8	97	0.2	181	0.6	754	2,7	1.712	7.1	2.296	8.2
Bolile s. nerv. şi sens.	14.619	100	2.143	16.6	14	0.1	398	2.7	389	2.7	835	5.7	507	3.5
Morţi viol., acc.	10.359	100	543	5.2	34	0.3	58	0.5	63	0.6	196	1.9	192	1.8
Tuberculoză	34.231	190	376	1.1	—	—	5	**)	12	**)	142	0.4	217	0.6
Boli de piele şi ţesut c.	634	I00	278	53.8	1	**)	5	**)	58	9.1	155	24.4	59	9.3
Boli generale	5.371	100	273	5.1	—	—	13	0.2	20	0.4	90	1.7	150	2.8
Bolile ap. genit. şi urin	10.872	100	95	0.9	—	—	—	—	7	**)	43	9.4	44	0.4
Bolile ap. circulator	24.783	100	66	0.3	—	—	6	**)	10	**)	27	0.1	23	0.1
Bolile sângelui şi org. hematop.	580	100	17	2.9	—	—	4	0,7	2	0.3	2	0.3	9	1.5
Cancer şi alte tum. m.	8.6	100	12	0,1	1	**)	—	—	3	**)	7	**)	1	**)
Bolile sist. de locomoţiune		100	11	6,1	—	—	—	—	—	—	6	3.1	5	3.0
Cauze nedeterminate	2.71	100	226	8.3	15	0.5	30	11	33	1.2	94	3.5	54	1.9

(*) sub 0,01,

(**) sub 0,1.

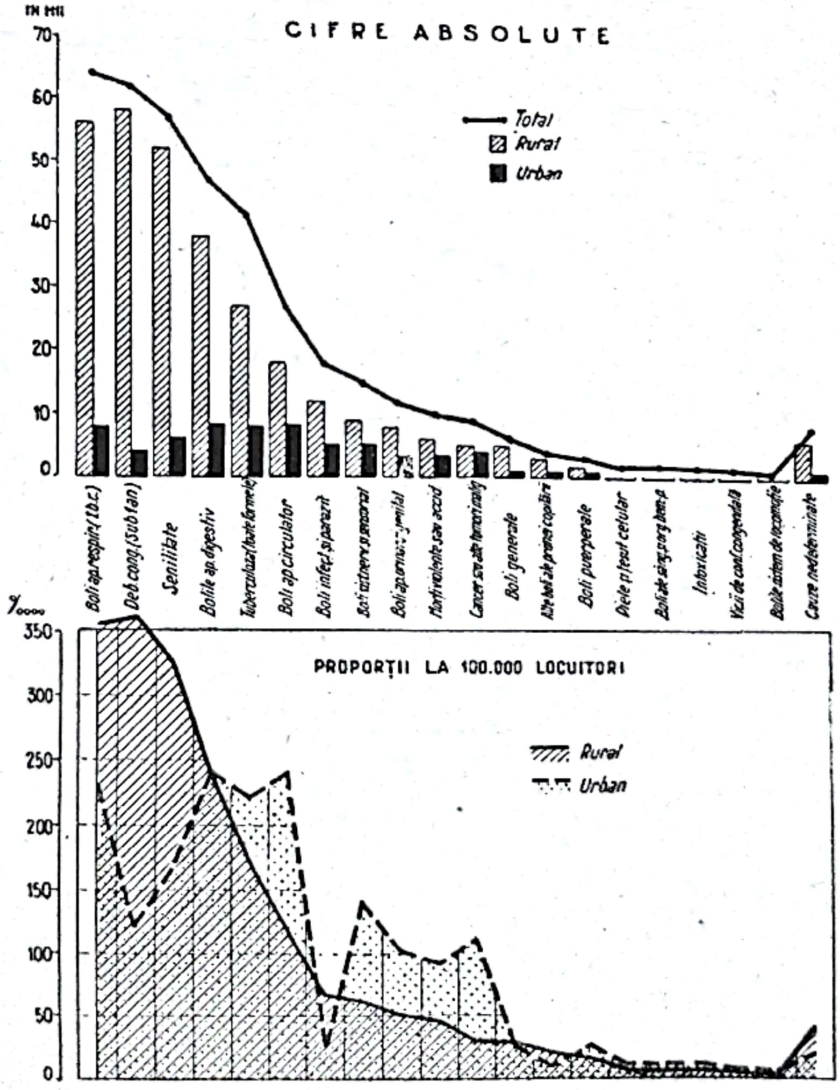
(***) In statistica deceselor pe cauze, după nomenclatura internaţională detaliată, grupa XV, intitulată „Bolile primei copilării", cuprinde: debilitatea congenitală (sub un an, nomencl. 158), naştere prematură (sub un an, nomencl. 159), consecinţele naşterii (sub 1 an, nomencl. 160) şi alte boli (sub 3 luni, nomencl. 161).

Din tabelul precedent rezultă următoarele caracteristici:

Din cauzele de deces ale copiilor din grupa de vârstă 0—1 an, bolile primelor 3 luni deţin locul principal, cu 62,1% din totalul deceselor acestei vârste. Urmează, în ordine descendentă: bolile aparatului respirator (15,9%), bolile aparatului digestiv (13,8%), bolile infecţioase (4,4%), în fine restul cauzelor de deces, cu procente sub 2%.

Pentru *toate grupele de vârstă*, cauzele de deces, în cifre absolute, în procente din totalul deceselor şi în proporţii la 100.000 locuitori, sunt cuprinse în graficele de mai jos şi în tablourile dela pag. 324 şi 325.

PRINCIPALELE CAUZE DE DECES ÎN ROMÂNIA, PE MEDII, 1938.
CIFRE ABSOLUTE ŞI PROPORŢII LA 100.000 LOCUITORI



Scanned with OKEN Scanner

CAUZELE DE DECES IN ROMÂNIA — PE GRUPE DE VÂRSTĂ - 1935

Cifre absolute şi procente *pe cauze* din totalul deceselor pe *fiecare grupă de vârstă*

Cauzele de deces	Total g-l		0—1 an		1—4 ani		5—9 ani		10—14		15—19		20—24		25—34		35—44		45—54		55—64		65—74		75+		Nedec.	
	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%	Cifre absol.	%
TOATE CAUZELE	*402.720*	*100*	*112.494*	*100*	*63.994*	*100*	*14.688*	*100*	*7678*	*100*	*6950*	*100*	*12.350*	*100*	*18.579*	*100*	*18.822*	*100*	*24.635*	*100*	*37.977*	*100*	*44.423*	*100*	*47.008*	*100*	117	*100*
Bolile ap. resp. min. tbc.	82.532	20.5	17.844	15.9	27.065	42.3	5.563	37.9	2130	27.7	1220	17.5	1628	13.1	2.545	13.7	3.069	16.3	5.392	21.9	8.674	8.0	5.547	12.5	1.842	3,9	14	11.1
Bolile primei copilării	69.879	17.3	69.879	62.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Senilitate (peste 60 ani)	61.849	15.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	694	2.2	23.225	52.3	37.925	30.7	4	3.4
Bolile apar. digestiv	43.218	10.7	15.491	13.8	18.419	28.7	1.053	7.2	391	5.1	302	4.3	577	4.6	1.016	5.5	1.315	7.0	1.761	7.1	1.763	5.7	865	1.9	263	0.5	2	1.7
Tuberculoza	34.131	8.5	376	0.3	1.481	2.3	1.728	11.8	2054	26.7	3031	43.6	6234	50.5	7.943	42.7	4.937	26.2	3.863	15.6	1.944	6.2	530	1.2	106	0.2	4	3.4
Bolile infecţ. şi paraz.	27.984	6.9	4.990	4.4	11.311	17.7	3.927	26.7	1412	18.4	732	10.5	774	6.3	1.190	6.4	1.314	7.0	1.310	5.3	1.117	3.6	611	1.4	294	0.6	2	1.7
Bolile apar. circulator	24.783	6.1	66	0.06	143	0.02	172	1.2	247	3.2	224	3.2	426	3.4	975	5.2	2.120	11.3	4.139	16.8	7.199	23.3	6.147	13.8	2.913	6.2	12	10.0
Bol. sist. nerv. şi sensor.	14.619	3.5	2.143	2.0	1.233	2.0	760	5.2	461	6.0	346	5.0	420	3.4	811	4.4	1.227	6.5	1.747	7.1	2.114	6.8	2.179	4.9	1.169	2.5	9	7.7
Bolile apar. urin. şi gen.	10.872	2.7	94	0.08	901	1.4	425	2.9	222	2.9	131	1.9	251	2.0	603	3.3	943	5.0	1.687	6.8	2.472	8.0	2.009	4.5	1.125	2.4	4	3.4
Morţi violen. sau accid.	10.359	2.6	543	0.5	1556	2.4	668	4.5	450	5.9	584	8.4	1038	8.4	1.464	7.9	1.184	6.3	1.103	4.5	818	2.6	555	1.2	344	0.7	45	38.5
Cancer şi alte tum. mal.	8.616	2.1	12	*)	36	*)	18	0.1	27	0.3	24	0.3	87	0.7	323	1.7	1.125	6.0	2.161	8.8	2.340	7 5	1.785	4.0	673	1.5	—	
Boli generale	5.371	1.3	273	0.2	786	1.2	167	1.1	153	1.9	110	1.6	135	1.0	291	1.6	536	2.8	923	3,7	1.069	3.4	700	1.6	226	0.5	2	1.7
Boli puerperale	2.580	0.6	—	—	—	—	—	—	2	*)	129	1.8	621	5 0	1.130	6.1	664	3.5	35	0.1	—	-	—	—	—	—	—	
Boli de piele şi ţes. celul.	634	0.1	278	0.2	93	0.01	14	0.1	10	*)	8	*)	21	0.2	39	0.2	37	0.2	40	0.2	56	0.?	27	*)	11	*)	—	
B. sâng. şi org. hemato-poetice	580	0.1	17	*)	78	0.01	64	0.4	42	0.5	40	0.6	51	0.4	70	0.4	69	0.4	68	0.3	53	0.2	28	*)	—	—	—	
Intoxicaţii	405	0.1	—	—	6	*)	6	*)	2	*)	1	*)	6	*)	24	0.1	66	0.4	125	0.5	103	0.3	49	0.1	17	*)	—	
Bolile sist. de locomoţie	165	0.01	11	*)	19	*)	24	0.2	33	0.4	16	0.2	9	*)	13	*)	8	*)	10	*)	18	*)	2	*)	2	*)	—	
Cauze nedeterminate	2.713	0.7	226	0.2	821	1.3	88	0.6	37	0.4	47	0.7	70	0.6	135	0.	204	1.1	265	1.1	543	1.7	164	0,1	93	0.2	20	17.1

*) sub 0,01

Examinând cifrele absolute şi proporţiile, rezultă următoarele în ce priveşte situaţia comparativă a *deceselor sub un an* prin diferite cauze :

Bolile aparatului digestiv produc la această vârstă 35% din totalul deceselor pentru toate grupele de vârstă cauzate de bolile aparatului digestiv. In ce priveşte bolile aparatului respirator, 21,6% din decesele provocate de această cauză la populaţia globală survin la copiii sub un an. In fine, din totalitatea deceselor provocate de bolile infecto-contagioase, 17,8% se produc la copiii sub un an. Fenomenul numit de autorii străini „supramortalitatea copiilor sugari" apare cu atât mai evident cu cât copiii sub un an reprezintă abia 3% din populaţia totală.

Examinând cauzele de deces pentru toate grupele de vârstă dincolo de un an, ajungem la următoarele interpretări :

Vârsta 1—4 ani este caracterizată printr'o mare proporţie a deceselor datorite bolilor aparatului respirator (42,3%), urmate de bolile aparatului digestiv (28,7%); în al treilea rând vin bolile infecţioase, cu o proporţie de 17,7% din totalul deceselor 1—4 ani.

Vârsta 5—9 ani are, în ceeace priveşte bolile aparatului respirator, o mare identitate de proporţii cu vârsta 1—4 ani, dat fiind că

CAUZELE DE DECES IN ROMÂNIA — 1938

CAUZELE PRINCIPALE DE DECES	CIFRE ABSOLUTE			CIFRE RELATIVE LA 100.000 LOCUIT.		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
Bolile apar. resp. (fără t. b. c. pulmonară)	67.919	59.044	8.875	351.6	374.9	248.6
Debilitate congenitală (sub 1 an) . .	61.947	57.640	4.307	320.6	366.0	120.6
Senilitate	56.919	51.031	5.888	294.6	324.0	164.9
Bolile aparatului digestiv	48.734	40.173	8 561	252.3	255.1	239.8
Tuberculoză (toate formele)	34.041	26.349	7.692	176.2	167.5	215.5
Bolile aparatului circulator	25.766	17.485	8.281	133.4	111.0	232.0
Boli infecţioase şi parazitare (fără t. b. c.)	20.235	14.435	5.800	104.0	91.0	164.1
Bolile sistemului nervos şi sensorial .	14.452	9 456	4.996	74.8	60.0	139.9
Bolile aparatului urinar şi genital . .	11.424	7.945	3.479	59 1	50.4	97.5
Morţi violente sau accidentale	10.024	6.712	3.312	51.9	42.6	92.8
Cancer şi alte tumori maligne	8.959	5.078	3.861	46.3	32.2	108.2
Boli generale	6.276	5.323	953	32.5	33.8	26.7
Cauze nedeterminate	—	5 086	806	30,5	32.3	22.6
Alte boli ale primei copilării	4.538	3.567	971	23.6	22.6	27.2
Boli puerperale	2.764	1.999	765	14.3	12.7	21.4
Piele şi ţesut celular	713	471	242	3.7	3.0	6.8
Boli ale sângelui şi org. hematopoetice	595	386	209	3.1	2.5	5.9
Intoxicaţii	426	308	118	2.2	2.0	3.3
Vicii de conformaţie congenitală . . .	383	304	79	2.0	1 9	2.2
Bolile sistemului de locomoţie	198	125	73	1.0	0.8	2 0
Total general	382.185	912.917	69.286	198.0	199.0	194.0

şi la această grupă bolile aparatului respirator dau cel mai mare procent de decese (37,9%). Urmează tuberculoza cu 11.8% şi apoi bolile aparatului digestiv numai cu 7,2%.

Grupa 10—14 ani înfăţişează o scădere simţitoare a deceselor prin bolile aparatului respirator (27,7%). Bolile infecto-contagioase dau şi ele un procent de decese mai mic (18,4%), datorită în special măsurilor de profilaxie mai intense care se aplică în şcoli. In schimb, la această grupă de vârstă creşte procentul tuberculozei (26,7%) drept cauză de deces. Dela vârsta de 5 ani înainte, proporţia tuberculozei creşte, iar formele clinice cele mai frecvente sunt cele evolutive.

Grupa 15—19 ani. Tinerii aparţinând acestei grupe de vârstă evoluează în aceleaşi condiţiuni ca şi copiii de 10—14 ani, tuberculoza făcând cele mai multe victime (43,6% din totalul deceselor acestei grupe de vârstă). Bolile infecto-contagioase descresc, iar procentul morţilor violente şi al accidentelor este în urcare (20% din totalul deceselor prin morţi violente sau accidentale se datoresc înnecului).

Grupa 20—24 ani prezintă ca principală cauză de deces tot tuberculoza (50,5%), urmată de bolile aparatului respirator (13,1%). Celelalte cauze sunt aproape identice cu acelea din grupa 15—19 ani, excepţie făcând decesele datorite bolilor puerperale, cari apar odată cu vârsta procreaţiunii.

Grupa 25—34 ani se caracterizează prin aceea că, în afară de cauzele grupei precedente, intervin cauzele de deces prin bolile aparatului circulator, prin cancer şi prin bolile puerperale. Creşterea numărului deceselor prin boli puerperale la grupele de vârstă 20—24 ani şi 25—34 ani se explică prin faptul că cele mai multe naşteri survin la femeile de aceste vârste (grupa 20—24 dă 31,8% din totalul naşterilor, iar grupa 24—34 dă 46,0%). Intervine apoi factorul agravant, că cele mai multe din naşteri se produc la ţară, unde asistenţa intranatală este insuficientă (57,3% nasc cu moaşe empirice, iar unele nasc fără nici o asistenţă).

Grupa 35—44 ani se caracterizează prin reducerea proporţiei deceselor datorite tuberculozei (26,2%, faţă de 42,7% la grupa precedentă) şi printr'o uşoară sporire a deceselor prin bolile aparatului respirator şi ale celui circulator.

Grupa 45—54 ani prezintă o creştere a numărului deceselor prin bolile aparatelor respirator şi circulator, ale sistemului nervos, precum şi prin cancer. In raport cu vârsta, sporul deceselor prin aceste boli apare normal.

Scanned with OKEN Scanner

Grupei 55—64 ani îi corespunde o creştere simţitoare a deceselor prin bolile aparatelor respirator, circulator şi genito-urinar.

Grupa 65—75 ani înregistrează o cauză caracteristică de deces pentru această vârstă: senilitatea, care provoacă 50—80% din totalul deceselor. E de remarcat însă că în înregistrarea cauzei de deces „senilitate", se comit încă mari erori, pentrucă numai un procent mic de bătrâni sunt diagnosticaţi ca atare.

8. *Excedentul natural*

România ocupă un loc de frunte printre statele Europei în ce priveşte excedentul natural. Dar în comparaţie cu trecutul, excedentul este mult redus. Explicaţia stă în faptul că, faţă de scăderea pronunţată a natalităţii, mortalitatea descreşte mai puţin.

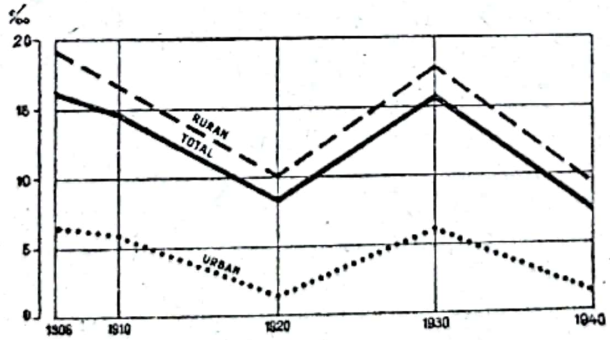
După ce a avut o epocă de sporire în deceniul 1920—1930, excedentul natural a mers, în deceniul trecut, în scădere.

Pe *medii*, ca şi pentru ţara întreagă, excedentul a evoluat astfel:

EXCEDENTUL NATURAL ÎN ROMÂNIA DUPĂ MEDII
PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI

Anul	TOTAL		RURAL		URBAN	
	Cifre absolute	la ‰ locuit.	Cifre absolute	la ‰ locuit.	Cifre absolute	la ‰ locuit.
1906	105.443	16.0	97.429	18.2	8.014	6.5
1910	100.264	14.4	32.343	16.2	7.931	6.1
1920	124.730	8.0	119.919	9.9	4.811	1.4
1930	278.627	15.6	258.220	17.9	20.407	5.9
1940	97.636	7.3	100.385	9.4	—3.349	—1.3

EVOLUŢIA EXCEDENTULUI NATURAL ÎN ROMÂNIA, ÎN PERIOADA 1906—1940
PROPORŢII LA 1000 LOCUITORI (ŢARA ÎNTREAGĂ ŞI DUPĂ MEDII)



Un fapt caracteristic trebue relevat pentru perioada 1920—1939: din excedentul natural de 4.542.648 suflete din această epocă, 4.284.687,

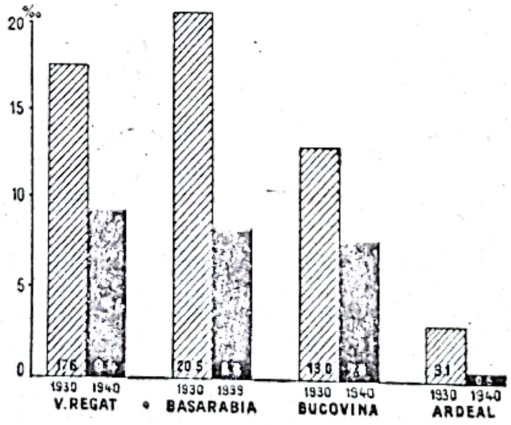
adică 94.3% au fost rurali și numai 257.961, adică 5,7%, urbani, deși orașele cuprind 20% din populația țării (73). Dacă totuși cifra populației urbane este în creștere, aceasta nu se datorește atât excedentului natural, cât surplusului de populație rurală imigrată, cu alte cuvinte procesului de industrializare și urbanizare. Această situație este ilustrată de creșterea populației Capitalei. In 1912, Bucureștii aveau 341.321 locuitori, iar în 1930, la recensământ, 570.881 locuitori, fără suburbane. In 18 ani, avem deci un spor numeric de 229.560 suflete, în medie 12.750 locuitori pe an. Ori, excedentul natural nu participă aproape de loc la acest spor, cea mai mare parte a lui fiind datorită deplasării spre Capitală a ruralilor și a urbanilor din micile localități din provincie (73).

Pe *provincii*, excedentul natural arată, în perioada 1930—1940, aceeaș tendință descendentă, după cum se vede din tabloul și graficul de mai jos.

EXCEDENTUL NATURAL PE PROVINCII, 1930—1940
PROPORȚII LA 1000 LOC.

Anii	Vechiul Regat	Basarabia	Bucovina	Ardeal
1930	17.6	20.5	13.0	3.1
1931	13.8	14.4	11.5	6.8
1932	17.9	15.8	11.4	6.4
1933	17.0	16.8	11.5	5.3
1934	15.0	13.2	7.5	5.1
1935	13.2	7.8	7.5	3.6
1936	15.4	9.0	11.1	5.8
1937	14.3	11.4	8.9	5.4
1938	12.8	11.1	7.2	5.0
1939	11.4	8.6	7.1	5.2
1940	9.4	—	7.9	0.5

EVOLUȚIA EXCEDENTULUI NATURAL PE PROVINCII, 1930—1940
PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI



Cea mai intensă descreştere a excedentului se notează în Basarabia. Urmează, în ordinea descendentă a importanţei scăderii: Vechiul Regat, Bucovina, Ardealul.

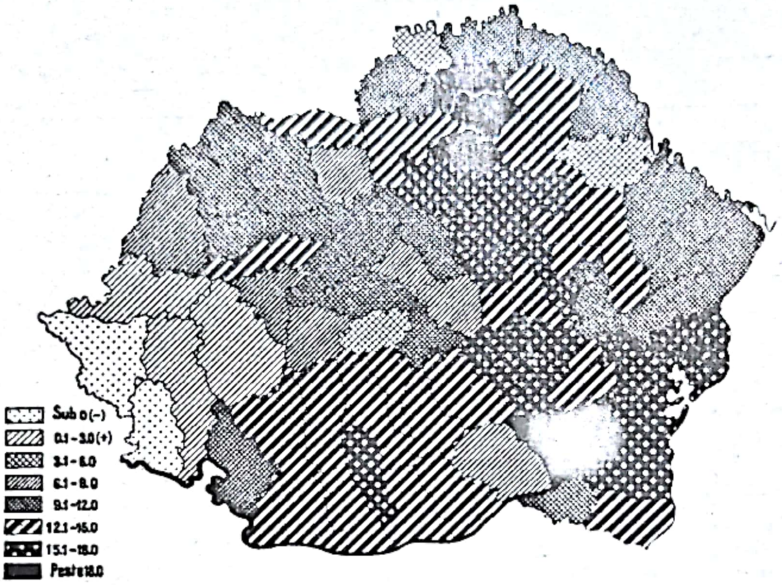
Pe *judeţe*, oscilaţiile excedentului rees din tabloul pe anii 1936—1937—1938 şi media acestor trei ani:

EXCEDENTUL NATURAL AL POPULAŢIEI ROMÂNIEI PE JUDEŢE, PENTRU ANII 1936—1937—1938 ŞI MEDIA ACESTOR TREI ANI

JUDEŢUL	1936	1937	1938	Media	JUDEŢUL	1936	1937	1938	Media
Oltenia	*13.3*	*13.0*	*11,5*	*12.6*	*Basarabia*	*9.0*	*11.4*	*11.0*	*10.5*
Dolj	12.9	12.7	10.9	12.2	Bălţi	13.1	12.9	12.2	12.7
Gorj	13.9	13.7	10,9	12.8	Cahul	11.6	12.6	12.6	12.6
Mehedinţi	12.1	10.2	9.9	10 4	Cetatea-Albă	9.3	12.5	12.7	11.5
Romanaţi	15.0	14.2	14.0	14.5	Hotin	10.2	7 6	9.6	9 1
Vâlcea	13.4	14.9	13.9	14.1	Ismail	10.0	12.	10.7	11.0
					Lâpuşna	2.2	6.9	7.1	5.4
Muntenia	*14.7*	*13.5*	*12.6*	*13.6*	Orhei	8 4	9 5	12.0	10 0
Argeş	13 8	13.6	14.4	13.9	Soroca	12.4	10.5	10.1	11.0
Brăila	14.2	14.4	12.5	13.7	Tighina	5.4	15.6	14.4	11.8
Buzău	16.0	16.5	14.7	15.7	*Bucovina*	*11.1*	*8.9*	*7.2*	*9.1*
Dâmboviţa	15.8	13.4	13.1	14.1	Câmpulung	15.1	12.2	10.6	12.6
Ialomiţa	21.4	19.4	16.9	19.2	Cernăuţi	5.3	2,9	3.7	4 0
Ilfov	9.0	8.9	7.6	8.5	Rădăuţi	14.5	11.9	7.7	11.4
Muscel	15.6	12.9	13 9	14.1	Storojineţ	13.2	10.9	8.5	10.9
Olt	16 2	16.1	15 9	16.1	Suceava	14.7	13.8	9.5	12.7
Prahova	15.9	13.0	14.8	14.6					
R.-Sărat	17.5	19.9	16.0	17.8	*Transilvania*	*9.6*	*9.1*	*8.5*	*9.1*
Teleorman	17.7	14.1	12.4	14.7	Alba	8.5	7.7	7.8	8.0
Vlaşca	16.7	13.6	11.7	14.0	Braşov	9.1	10.9	10.8	10.3
					Ciuc	11.4	11.5	10.8	11.2
Dobrogea	*17.1*	*13.8*	*13.3*	*14.7*	Cluj	9.1	9.4	9.0	9.2
Caliacra	14.0	13.4	15.3	14.2	Făgăraş	4.4	5.9	3.9	4.7
Constanţa	18.8	14.6	14.1	15.8	Hunedoara	3 2	2.2	2.3	2.6
Durostor	14.4	9 9	11.7	12.0	Mureş	10.9	10 1	9.1	10.0
Tulcea	20 8	16.9	12.1	16.6	Năsăud	10.0	8.4	7.3	8.6
					Odorhei	8.1	9.1	8.0	8.4
Moldova	*16.6*	*16.6*	*13.7*	*15.6*	Sălaj	11.9	11.2	10.1	11.1
Bacău	17.4	16.7	14.5	16.2	Sibiu	8.8	9 5	8.0	8.8
Baia	21.2	20.3	16.9	19.5	Someş	11.0	9.8	7.8	9.5
Botoşani	21.4	19.9	15.3	18.9	Târnava-Mare	9.4	9.5	9.6	9.5
Covurlui	11.3	12.7	6.4	10.1	Târnava-Mică	12.9	10.4	10.3	11.1
Dorohoi	20.1	18 4	17.6	18.7	Trei-Scaune	9.7	8.6	7.8	8.7
Fălciu	11,4	12.6	12.3	10.1	Turda	14.0	13.0	13.4	13.5
Iaşi	14.8	14.6	11.9	13.8	*Banat*	0.2	-0.3	-0.4	-0,3
Neamţ	20.6	18.9	13 5	17.6	Caraş	-0.4	-2.8	-3.2	-2,1
Putna	11.6	14.3	11 3	12.4	Severin	2.1	1.2	0.7	1.3
Roman	20 2	18.4	14.9	17.8	Timiş	-0.3	-0.1	0.2	-0,2
Tecuci	11,9	19.3	14.3	15.2	*Crişana-Maramur.*	7.5	7.2	6.9	7.2
Tutova	13.3	15.0	13.0	13.8	Arad	2.1	2.1	1.2	1.8
Vaslui	18,1	15.1	16.3	16.5	Bihor	7.6	8.6	7.7	8.0
					Maramureş	13.9	9 5	12.9	12.1
					Satu-Mare	11.0	10.5	9.5	10.3

Se constată *deficite* (mortalitatea mai mare ca natalitatea) în județele din Vestul țării (Caraș —2,1, Timiș —0,2). Apoi, excedente

EXCEDENTUL NATURAL ÎN ROMÂNIA, PE JUDEȚE. MEDIA ANILOR 1936—1938. PROPORȚII LA 1000 LOCUITORI



foarte slabe în alte județe, tot din Vest (Arad 1,6, Severin 1,3). Maximul de excedent îl prezintă județul Ialomița și județele din nordul Moldovei (Dorohoi 18,7, Botoșani 18,9 și Baia 19,5). Harta de mai sus ilustrează variațiile de excedent, pe județe.

9. *Indicele vital*

Ritmul creșterii populației reese și din raportul dintre nașteri și decese, raport care se numește, cum am mai menționat, „indice vital". Pentru România, acest raport este 160,1, iar după medii: pentru mediul rural 168,2 și pentru cel urban numai 120,3.

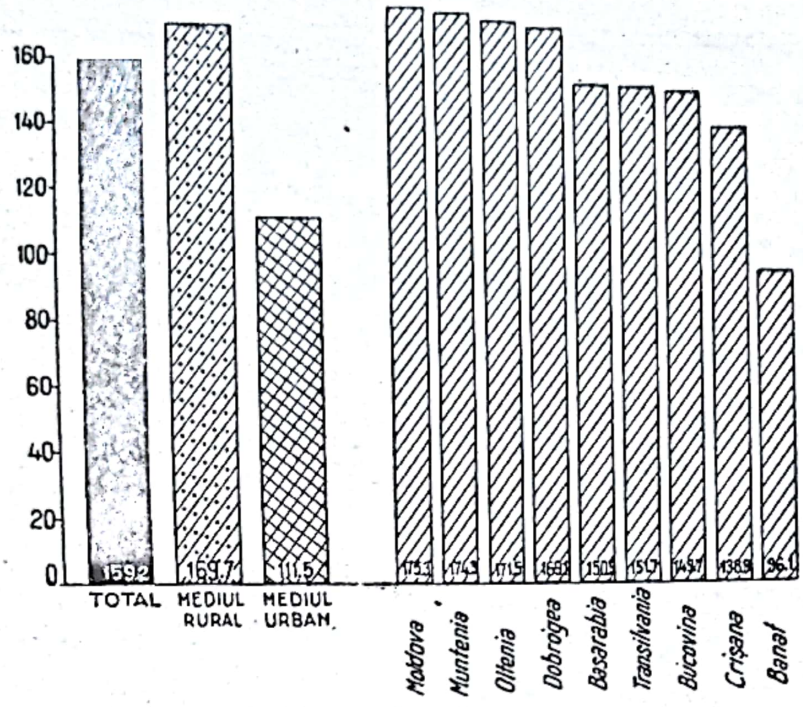
După *provincii*, ritmul de creștere al populației este variabil. Vechiul Regat are indicele vital mai mare decât provinciile realipite în 1918, iar dintre acestea Banatul are situația cea mai puțin favorabilă (74).

Graficul dela pag. 331 arată variațiunea indicelui vital pe medii și pe provincii.

Participarea Vechiului Regat, în răstimp de 10 ani (1930—1939), la compunerea populației totale a țării, a crescut dela 48,7% la 50%.

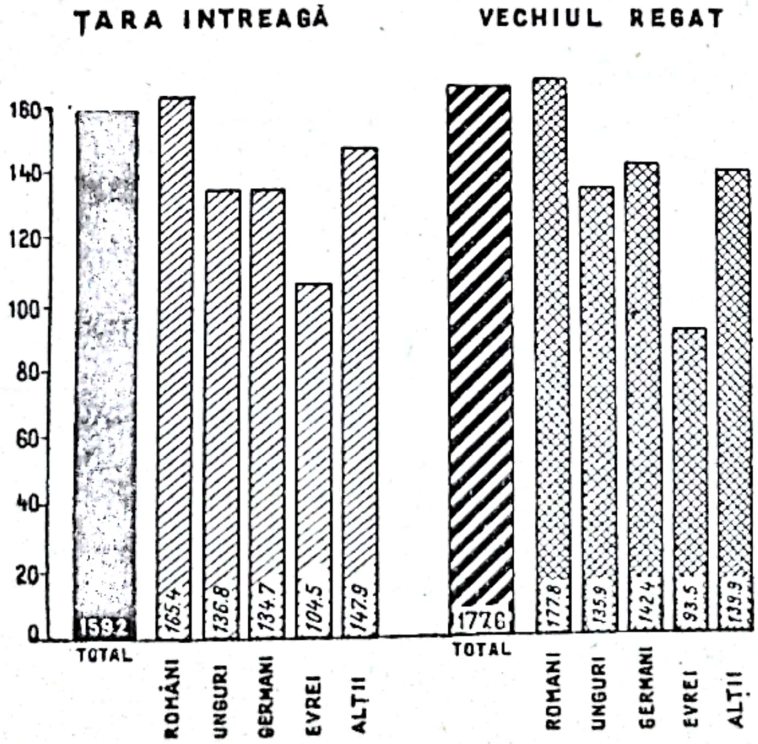
Este interesant de considerat indicele vital la diferitele grupe

INDICELE VITAL AL POPULAȚIEI ROMÂNIEI, DUPĂ MEDII ȘI DUPĂ PROVINCII



etnice. Românii au un indice mai ridicat decât minoritățile. Graficul următor arată indicele vital comparativ al populației românești și al minorităților, pe țara întreagă și pentru Vechiul Regat.

INDICELE VITAL AL POPULAȚIEI ROMÂNIEI, PE NEAMURI



Vechiul Regat are o populaţie mai omogenă din punct de vedere etnic, cu preponderenţa accentuată a populaţiei românești. Evoluţia favorabilă a indicelui vital în primul rând în Vechiul Regat, înseamnă deci că massa românească se măreşte mereu faţă de grupările etnice minoritare.

Pe bază de calcul, se prevede că, după anul 2000, la cei 40.000.000 locuitori probabili ai României, numărul Românilor va fi covârşitor faţă de cel al minoritarilor (75).

10. *Populaţia României pe grupe de vârstă*

Trebue să pornim de la faptul că, din punct de vedere structural demografic, România face parte din ţările denumite progresive. Grupele de vârstă tinere domină numeric.

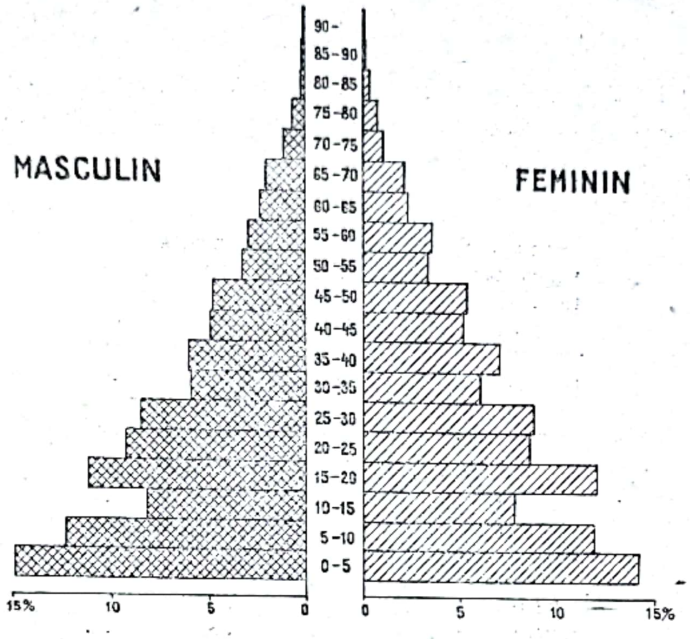
Cifrrele absolute pentru anul 1937, în total şi după sexe, ca şi proporţiile pentru anul 1930 (după datele recensământului) cu care fiecare grupă de vârstă intră în componenţa populaţiei globale, sunt cuprinse în tabloul următor, atât pentru ţara întreagă cât şi pentru fiecare mediu în parte. Procentul sexelor pentru fiecare grupă de vârstă reese din graficele dela pag. 333.

Vârsta	ŢARA INTREAGĂ				POPULAŢIA RURALĂ				POPULAŢIA URBANĂ			
	Total	%	Masc.	Femin.	Total	%	Masc.	Femin.	Total	%	Masc.	Femin.
Total	19.535.398	100.0	9.591.880	9.943.518	15.926.178	100.0	7.803.827	8.122.351	3.609.220	100.0	1.788.053	1.821.167
0-1 an	693.331	3.60	345.308	348.023	573.342	3.60	280.937	292.405	119.989	3.75	64.371	55.618
1-5 ani	2.157.430	11.00	1.093.474	1.063.956	1.939.936	12.17	987.184	952.753	217.494	6.02	106.200	111 204
5-10	2.372.565	12.14	1.192.270	1.180.295	2.047.054	12.85	1.029.324	1.017.730	325.511	9.24	162.948	162.565
10-15	1.561.987	8.0	190.371	771.616	1.291.569	8.11	652.340	639.229	270.418	7.57	138.031	132.387
15-20	2.281.830	11.68	1.090.507	1.191.233	1.831.558	11.50	876.370	955.188	450.272	12.39	214.227	236.045
20-25	1.749.105	8.95	893.963	855.142	1.281.627	8.05	618.843	662.784	466.478	12.54	275.120	192.358
25-30	1.685.261	8.63	818.187	867.074	1.332.177	8.36	653.961	678.216	353.084	9.69	164.226	188.858
30-35	1.166.404	5.97	568.798	597.605	904.606	5.68	443.257	461.339	261.797	7.13	125.541	136.255
35-40	1.263.576	6.40	575.713	693.063	1.073.315	6.32	454.183	553.132	195.261	7.16	121.330	139.931
40-45	978.045	5.00	471.920	506.125	778.265	4.89	374.584	403.681	199.780	5.47	97.336	102.444
45-50	996.259	5.10	463.287	532.972	806.724	5.07	373.803	432.921	189.539	5.22	89.484	100.051
50-55	630.887	3.24	312.695	318.192	500.214	3.15	248.421	251.793	130.673	3.54	64.274	66.399
55-60	630.807	3.23	287.756	343.051	511.930	3.22	233.334	278.596	118.877	3.28	54.422	64.455
60-65	450.951	2.31	250.205	220.746	367.480	2.31	190.423	177.067	83.471	2.31	39.792	43.679
65-70	411.203	2.11	202.389	208.814	341.473	2.14	170.904	170.569	69.730	1.95	31.485	38.245
70-75	211.660	1.08	111.225	99.435	172.433	1.08	53.636	78.987	39.227	1.08	18.518	20.643
75-80	138.596	0.71	70.980	67.616	115.696	0.72	60.089	55.607	22.900	0.67	10.891	12.009
80-85	44.890	0.23	23.020	21.876	35.754	0.23	19.509	16.245	9.542	0.24	3.511	5.631
85-90	21.489	0.11	10.551	10.938	16.706	0.11	8.584	8.122	4.783	0.11	1.967	2.816
Pes. 90	84.117	0.40	38.371	45.746	70.319	0.44	34.141	36.178	13.798	0.37	4.230	9.568

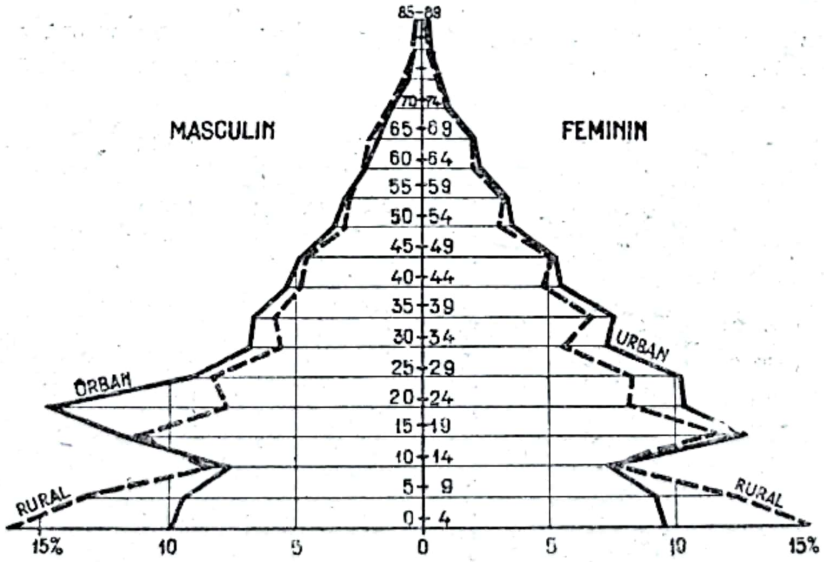
Din examinarea piramidei populaţiei României, pe medii şi după sex, reese predominarea numerică a sexului masculin la grupele de vârstă tinere şi a celui feminin pentru vârstele dela 15 ani în sus.

In mediul urban, populaţia procentual cea mai numeroasă este acea între 15—30 ani, pe când în cel rural predomină numeric grupa 0—20. Curba urbană se apropie de cea a ţărilor staţionare, pe când cea

POPULAȚIA ROMÂNIEI PE GRUPE DE VÂRSTĂ. PROCENTELE GRUPELOR DE VÂRSTĂ, DUPĂ SEX, DIN TOTALUL POPULAȚIEI DE SEXUL RESPECTIV



PROCENTELE POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEXE, ÎN MEDIUL RURAL ȘI URBAN, DUPĂ RECENSĂMÂNTUL DIN 1930



rurală este caracteristică — cu unele inflexiuni la 10—14 ani — popoa-relor de tip progresiv.

Repartizată pe trei mari grupe de vârstă, populația țării noastre se prezintă cu procentele următoare :

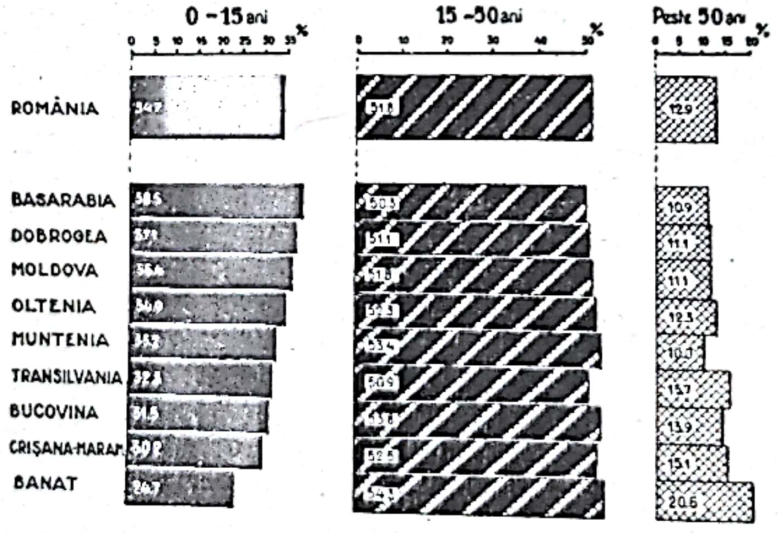
	0—15 ani	15—60	peste 60	OBSERVAȚII
Total . . .	34.7 %	51.9 %	13.4 %	% din totalul populației
Masculin .	35.6 %	50.9 %	13.5 %	% „ populația masculină
Feminin .	33.8 %	52.7 %	13.5 %	% „ populația feminină

Pe provincii istorice, structura în anul 1930 a populației totale — procentele grupelor de vârstă din totalul populației fiecărei provincii — reese din tabloul următor :

STRUCTURA POPULAȚIEI TOTALE A PROVINCIILOR (PROCENTELE GRUPELOR DE VÂRSTĂ DIN TOTALUL POPULAȚIEI FIECĂREI PROVINCII) 1930

	0—15	15—50	Peste 50
Țara intreagă . .	34.7	51.8	12.8
Oltenia	34.9	52.3	12.3
Muntenia	33.2	53.4	10.0
Dobrogea . . .	37.1	51.1	11.1
Moldova	36.4	51.8	11.1
Basarabia . . .	38.4	50.3	10.9
Bucovina	31.5	53.8	13.9
Transilvania . .	32.3	50.9	15.7
Banat	24.7	54.3	20.6
Crișana-Maramur.	30.2	52.5	15.1

STRUCTURA POPULAȚIEI PROVINCIILOR ROMÂNIEI, PE GRUPE DE VÂRSTĂ PROCENTELE GRUPELOR DE VÂRSTĂ DIN TOTALUL POPULAȚIEI RESPECTIVE



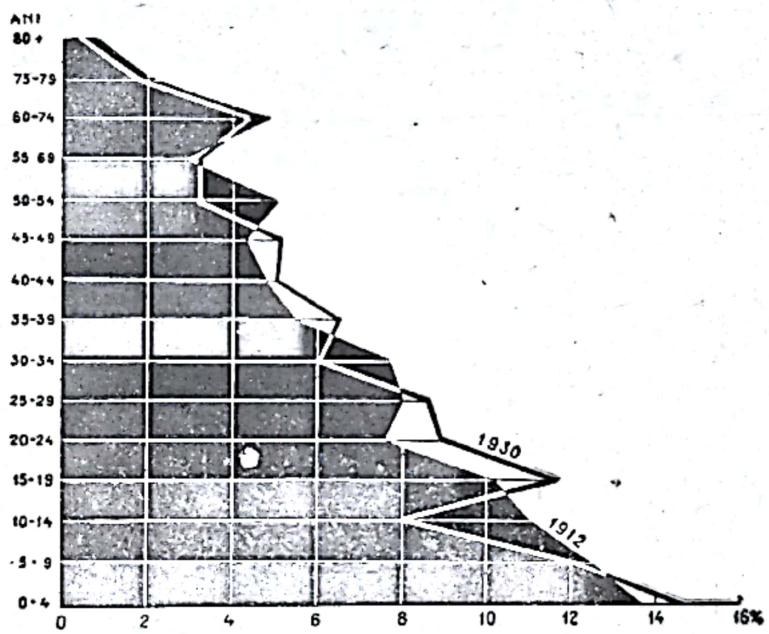
Din această analiză reese că Dobrogea și Moldova au procentul cel mai mare al grupei de populație 0—15 ani. Urmează apoi Basarabia, Oltenia și Muntenia. Aceste provincii prezintă cu deosebire struc-

tura demografică de tip progresiv. Transilvania, Bucovina şi Crişana, Maramureş au o structură de tip staţionar. Banatul prezintă alcătuirea tipică regresivă: dela 50 ani în sus, grupele de vârstă intervin, în această provincie, cu o proporţie cel puţin dublă faţă de proporţiile din celelalte provincii. Cifra populaţiei Banatului fiind însă mică faţă de cea globală a ţării, structura regresivă a acestei provincii nu influenţează prea mult structura demografică generală a ţării.

11. *Evoluţia structurii demografice a României*

Comparând curba de structură demografică dată de recensământul din 1912, cu cea din 1930, se poate citi deplasarea grupelor de vârstă la noi.

EVOLUŢIA POPULAŢIEI TOTALE A ROMÂNIEI PE GRUPE DE VÂRSTĂ, DELA RECENSĂMÂNTUL DIN 1912 LA CEL DIN 1930. DEPLASAREA PROPORŢIILOR GRUPELOR DE VÂRSTĂ



Graficul de mai sus arată că în aceşti 18 ani proporţiile grupelor 5—10 şi 10—15 ani au mers în scădere; în schimb, cresc proporţiile vârstelor mai mari: 15—20 până la 45—50 ani. Evoluţia curbelor e influenţată de faptul că în timpul războiului 1916—1918 natalitatea a fost în scădere, iar pe de altă parte mortalitatea grupei de vârstă 15—25 ani a fost foarte ridicată.

Tendinţa la creştere a proporţiei grupelor de vârstă mai înaintate este un fenomén demografic general. In România, această creştere este însă lentă, graţie faptului că natalitatea şi mortalitatea se menţin foarte ridicate.

12. *Populația pe neamuri și religii*

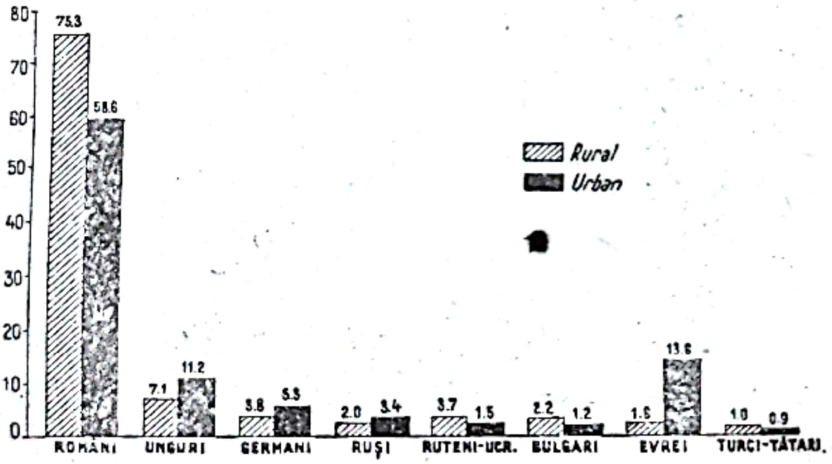
Deși au intervenit, în ultimul deceniu, mari modificări în structura etnică și confesională a populației României, este interesant totuși de analizat aspectul etnic la epoca recensământului din 1930.

Tabloul următor cuprinde cifrele absolute și procentele grupurilor etnice, bazate pe declarațiile celor recenzați (pe medii și în total) :

Neamul	CIFRE ABSOLUTE			PROCENTE		
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
Români	12.981.325	2.138.917	10.842.408	71.9	58.6	75.3
Unguri	2.425.507	406.955	1.018.552	7.9	11.2	7.1
Germani	745.421	192.873	552.542	4.1	5.3	3.8
Ruși	409.150	125.190	283.960	2.3	3.4	2.0
Ruteni-Ucr.	582.562	55.289	527.273	3.2	1.5	3.7
Bulgari	366.384	45.393	321.091	2.0	1.2	2.2
Huțani	12.456	19	12.437	*	*	*
Evrei	728.115	496.375	231.740	4.9	13.6	1.6
Turci-Tăt.	176.913	32.224	144.689	1.0	0.9	1.0
Alte neam.	622.081	153.203	468.878	*	*	*
Nedeclarați	7.114	4.695	2.419	*	*	*

* sub 0,1%

DISTRIBUȚIA POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE NEAMURI, ÎN MEDIUL RURAL ȘI CEL URBAN. RECENSĂMÂNTUL DIN 1930. PROCENTELE DIN TOTALUL POPULAȚIEI FIECĂRUI MEDIU



Majoritatea numerică românească este, în 1930, evidentă și se menține la fel în 1943. In mediul urban, proporția Românilor este mai mică (58,6%) decât în mediul rural (75,3%), aceasta datorită orașelor din Ardeal, Bucovina și Basarabia, unde elementul minoritar este de multe ori preponderent.

Natalitatea foarte scăzută a minorităților în mediul urban duce însă și aci la o sporire a procentului de populație românească. Această sporire este favorizată și de celalt fenomen : exodul poulației rurale românești spre orașe.

Pe provincii, procentele minoritarilor sunt redate în tabloul următor :

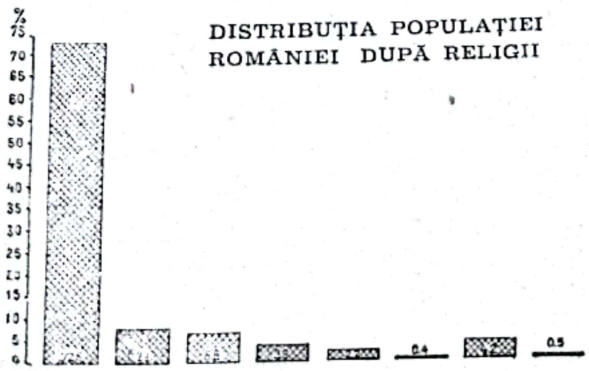
	Români		Unguri		Germani		Ruşi		Ruteni		Bulgari		Turci	
	Urb.	Rur.	Urb.	Rur.	Urb.	Rur.	Urb.	Rur	Urb.	Rur.	Urb.	Rur.	Urb.	Rur.
România .	62.2	75.7	13.0	7.5	5.8	3.8	4.0	2.1	1.5	4.1	1.2	2.2	1.2	1.7
Oltenia . .	95.0	99.3	0.9	—	1.4	—	0.3	—	—		0.1	—	—	—
Muntenia .	89.8	98.9	2.7	0.1	1.7	—	0.6	0.1	—	—	0.2	—	0.2	—
Dobrogea .	54.9	42.2	0.9	—	1.2	1.6	4.1	5.3	—	—	13.6	25.4	16.6	24.3
Moldova . .	79.4	96.7	1.0	1.0	1.0	0.1	1.2	0.2	—	0.2	0.2	—	—	—
Basarabia .	30.1	59.6	0.1	—	0.8	3.1	31.6	10.2	4.6	12.6	3.1	6.2	2.4	3.7
Bucovina .	31.9	44.5	0.3	1.8	21.0	7.3	1.3	1.3	15.4	39.3	—	—	—	–
Transilvania	36.0	62.5	44.5	28.4	19.8	6.7	0.4	—	0.1	—	0.1	—	—	—
Banat . . .	35.5	59.6	26.4	8.0	33.9	22.6	0.6	—	—	0.6	0.2	1.2	—	—
Criş. Maram.	30.7	67.7	56.6	19.9	2.5	5.0	0.4	—	0.4	1.6	0.1	—	—	—

Reese că provinciile cele mai pure din punct de vedere etnic sunt : Oltenia, Muntenia şi Moldova.

După *religii*, distribuţia populaţiei era, în 1930, următoarea :

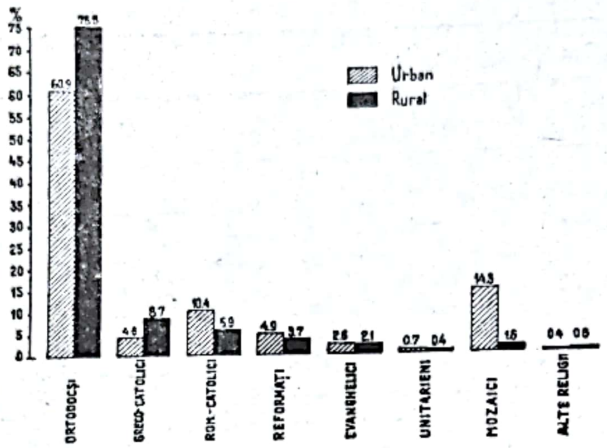
RELIGIUNILE	Total	Urban	Rural
Ortodoxi	72.6	60.9	75.5
Greco-catolici . .	7.9	4.6	8.7
Romano-catolici .	6.8	10.4	5.9
Reformaţi . . .	3.9	4.9	3.7
Evanghelici . . .	2.2	2.6	2.1
Unitarieni . .	0.4	0.7	0.4
Armeano-gregor.	*)	0.3	*)
Armeano-catolici.	*)	*)	*)
Lipoveni	0.3	0.3	0.3
Adventişti . . .	*)	*)	*)
Baptişti	0.3	0.1	0.4
Mozaici	4.2	14.3	1.6
Mahomedani . .	1.0	1.0	1.0
Alte religii . .	*)	*)	*)
Fără religii . . .	*)	*)	*)
Religie necun. .	*)	*)	*)

*) Sub 0.1 %.



DISTRIBUŢIA POPULAŢIEI ROMÂNIEI DUPĂ RELIGII

POPULAȚIA ROMÂNIEI DUPĂ RELIGII ȘI MEDII



13. *Media de viață*

Media de viață a populației României este de 42 ani. După calculele făcute pentru 1933, probabilitatea de viață la diferitele vârste este, la noi, următoarea :

La naștere	*La 1 an*	*La 10 ani*	*20*	*30*	*40*	*50*	*60*	*70 ani*
42.0 ani	47.4	45.8	39.9	31.2	24.7	17.8	11.3	5.0 ani

IV. SITUAȚIA CALITATIVĂ A POPULAȚIEI

Infățișările cantitative singure sunt departe de a ne reda situația reală a valorii biologice a populației. Pentru a obține această situație este necesar ca, independent de variațiile cantitative, să facem și examenul demografic *calitativ* al populației.

Criteriul cel mai prețios de apreciere a valorii calitative ni-l dă starea de sănătate a populației, adică procentul de indivizi valizi, în comparație cu proporția celor care prezintă boli, fie dobândite fie ereditare. Trebue deci să pornim dela cunoașterea morbidității pe colectivitate și astfel să deducem care este procentul de populație validă și activă, capabilă de a da o producție deplină în domeniul social și economic. In interiorul morbidității, vom reaminti bolile ereditare mai răspândite, iar pe baza acestei cunoașteri vom evidenția necesitatea normalizării calitative a populației.

A. Influența morbidității asupra valorii calitative a populației

Calcularea morbidității a prezentat întotdeauna dificultăți, dat fiind marea varietate a bolilor și greutatea descoperirii lor în massele largi ale populației. Aceste impedimente s'au atenuat în măsura în care metodele de diagnostic clinic și investigațiile de medicină socială au făcut progrese. Totuși nici azi nu s'a ajuns la un grad de perfecțiune în calcularea morbidității, nici chiar în țările cele mai evoluate ca organizare medico-socială. Orice statistică de morbiditate prezintă încă o anumită relativitate. Numai când toți bolnavii ar fi tratați în servicii medicale cu conducere competentă și controlate de oficialitate, s'ar putea întocmi o statistică precisă a morbidității.

Materialul statistic al morbidității are totuși mare utilitate când este prelucrat metodic. Erorile inerente nu prejudiciază concluziile. In comparația cifrelor, trebue apreciat că există un coeficient de eroare, în oarecare măsură constant în decursul anilor, încât ne permite comparația dela o perioadă la alta și deducerea de concluzii valabile.

Valoarea cercetărilor asupra morbidității se verifică în numeroase studii. Astfel, pe plan internațional, referindu-ne în special la statisticile publicate în buletinele organizației de igienă de pe lângă Liga Națiunilor, obținem orientări destul de utile.

S'a calculat, de pildă, că în mediu fiecare locuitor este bolnav timp de 9 zile pe an (76). Din 100 persoane, trei sunt împiedecate dela muncă din cauză de boală. In Statele-Unite, în fiecare moment, din 100 persoane, una se află în tratament pentru boli venerice, una din 200 pentru tuberculoză, una din 400 pentru turburări mintale. In Germania, după calculele făcute pe anul 1926, rezultă că un sfert din morbiditatea totală a fost reprezentat prin neurastenie, un alt sfert prin gripă și bronșită, apoi un sfert prin reumatism la bărbați și anemie la femei, în fine ultimul sfert prin celelalte boli.

Statisticile pe întreaga populație a globului ne arată că morbiditatea are un mers caracteristic pe grupe de vârstă; ea este în creștere în decursul primei vârste și a vârstei preșcolare; apoi scade până la vârsta de 15 ani; urcă din nou până spre 20 ani, pentru ca dela 35 ani înainte frecvența bolilor să meargă în continuă creștere.

Mersul morbidității poate fi urmărit și după sexe; morbiditatea este mai răspândită la femei, prin opoziție cu mortalitatea, care este crescută la bărbați; sub 10 ani băieții se îmbolnăvesc mai frecvent decât fetele. S'a putut în fine stabili și o corelație numerică apro-

ximativă între morbiditate şi mortalitate: la 100 cazuri de boală ar corespunde 1 deces (76).

Purtătorii de boli, dobândite şi ereditare, reprezintă un coeficient foarte important din populaţia neactivă a unei ţări.

In afară de bolnavi, se mai cuprind în populaţia neactivă: copiii, femeile casnice, şomerii, primitorii de rente şi pensii, bătrânii, cerşetorii, vagabonzii, deţinuţii.

Morbiditatea rămâne însă factorul determinant în producerea populaţiei inactive, căci factorii patologici ereditari contribue în bună parte la crearea categoriei invalizilor fizici şi mintali.

Pentru Belgia, de pildă, s'a calculat că proporţia marilor invalizi fizici reprezintă 2 la 1000 locuitori. Urmează categoria semi-invalizilor fizici, în care intră semi-orbii, semi-surzii, estropiaţii, în proporţie de 1%. Marii invalizi mintali, adică alienaţii şi debilii mintali, ar fi în proporţie de 3 la sută. Vine în fine grupa semi-invalizilor mintali, cei mai numeroşi: astfel 5% din şcolari sunt întârziaţi mintali şi 3,5% sunt anormali de caracter (76).

Pe baza acestor câteva proporţii, *René Sand* (77), luând ca exemplu Belgia cu 11,5% invalizi fizici şi mintali, la care se adaogă 37% din populaţie cuprinzând debili de diverse categorii (de constituţie, din boli diverse şi din bătrâneţe), conchide că, în total, 58% din populaţia globală ar fi reprezentată prin „diminuaţi" fizici şi mintali.

Influenţa morbidităţii asupra valorii calitative a populaţiei reiese cu deosebire când considerăm cifrele statistice — publicate până în prezent — asupra bolilor ereditare.

Statistici complecte asupra bolnavilor ereditari din diversele ţări nu putem avea, din cauza dificultăţilor diagnosticului şi descoperirii unor atari bolnavi, precum şi din cauză că interesul pentru aceste probleme nu s'a manifestat decât în ultimii ani, şi numai în unele ţări, unde s'a constituit şi personalul calificat necesar.

Independent însă de importanţa cifrelor şi de măsura în care ele corespund realităţii, trebue să avem prezentă prolificitatea mare a indivizilor cu tare ereditare, ca şi longevitatea lor. S'a constatat că, în răstimpul ultimilor 20 ani, pe când durata medie a vieţii la indivizii normali a crescut cu 5 ani, la bolnavii mintali această durată a crescut cu 10 ani. Prolificitatea defectivilor mintali este de asemenea adesea mai crescută ca la normali, cu toate că numeroşi factori tind să reducă capacitatea lor de reproducţie.

In legătură cu prolificitatea indivizilor defectivi, trebue însă făcută o distincţie între noţiunea de fecunditate şi cea de reproductivitate. Pe când primul factor, *fecunditatea,* reprezintă o însuşire şi o potenţialitate biologică, *reproductivitatea* depinde de numeroase

elemente, biologice şi sociale, precum: proporţia celibatarilor în populaţia respectivă sau în grupul de populaţie, apoi răspândirea natalităţii nelegitime, frecvenţa indivizilor sterili, durata convieţuirii „fecunde" a soţilor, în fine mortalitatea infantilă. Reproductivitatea este rezultanta tuturor acestor factori care o condiţionează şi care deci pot s'o modifice în sens defavorabil, chiar dacă fecunditatea indivizilor respectivi este ridicată (78).

Luând în considerare grupa defectivilor, a degeneraţilor de diferite categorii, chiar dacă admitem că fecunditatea lor este mai ridicată ca a indivizilor normali, ar interveni în schimb o capacitate redusă de reproducere, datorită unor împrejurări supraadăogate. Intr'adevăr, la aceşti degeneraţi intervine de multe ori repulsia firească pe care ei o trezesc persoanelor normale cu care ar vrea să coabiteze apoi căsătoriile contractate cu elementele tarate sunt de obicei tardive şi instabile, din cauza mizeriei, iar mortalitatea infantilă în aceste căsnicii este ridicată. Nu trebue omis nici faptul că taraţii sunt fatal împiedecaţi dela reproducere de-alungul unor perioade destul de lungi din viaţa lor: epocile de internare în spitale, ospicii, închisori, etc.

In ultimă analiză însă, aceşti factori inhibitori nu stăvilesc total pericolul reproductivităţii degeneraţilor, a căror cifră este în general importantă. Reamintirea statisticilor din diferite ţări, de cari ne-am ocupat şi la capitolul eugeniei, pot să ne dea o idee aproximativă în această privinţă.

Astfel, în Germania, existau la întroducerea sterilizării, deci în 1933, circa 600.000 debili mintali congenitali, din care 400.000 ereditari. Numărul schizofrenicilor era de 280.000. Numărul maniaco-depresivilor de 100.000, al epilepticilor pe bază ereditară 100.000, iar cel al surdomuţilor era de 55.000 (79).

După *F. Lenz*, numărul total al elementelor mai mult sau mai puţin disgenice în sânul populaţiei germane, ar fi fost de 6.000.000 în 1931, deci, la populaţia de atunci a Germaniei, aproape 10% (80).

In Anglia, în 1926, numărul deficienţilor mintali era evaluat la aproape 400.000. După *N. C. Blacker* (81), pe când în anul 1909 proporţia de deficienţi mintali era în Anglia de 4,6 la mia de locuitori, în 1929 proporţia s'a ridicat la 8,56 la mie.

Franţa, după statisticile destul de incomplecte pe care le posedăm, ar avea 27.000 orbi, 30.000 surdomuţi, 40.000 idioţi şi imbecili, cifre de altfel inferioare realităţii.

Statele-Unite ale Americii ar fi prezentat în 1933 următoarele cifre cunoscute de elemente disgenice (79):

290.456 persoane internate în spitale pentru boli mintale,
200.000 deficienți mintali cari se găsiau în sarcina instituțiilor publice,
500.000 incapabili de a se instrui în școala primară.

După o statistică întocmită de Ministerul de Justiție al Statelor-Unite, ar fi existat pe teritoriul acelei țări, în 1932, 1.000.000 criminali, din care un procent de 40—60% erau elemente deficiente din punct de vedere mintal. După *Mac Cormick*, numărul total al elementelor disgenice din cuprinsul Statelor-Unite s'ar ridica la 10.000.000 (82).

Reamintirea acestor câteva cifre este de natură să documenteze influența morbidității asupra valorii calitative a populațiilor, punând în evidență în special rolul *eredității*. Ereditatea patologică este un capitol important al demografiei calitative.

B. Ereditatea patologică și consecințele ei demografice

Adesea, în raport cu înrîurirea hotărîtoare a eredității, factorii de mediu au un rol secundar în determinarea aspectelor calitative ale populației. Intr'adevăr, acțiunea acestora din urmă se exercită variabil și cu intensitate diferită dela caz la caz, după gradul de receptivitate a subiectului, receptivitate ce este o funcție biologică produs al eredității. Aceasta influențează modalitățile reacționale ale individului față de factorii mediului.

Un xemplu, menționat de *René Sand*, este demonstrativ (76). Luând un lot de 100 femei care se află la începutul sarcinii, ele au născut numai 30 copii viabili; după trecere de 20 ani, din cei 80 născuți nu au mai rămas în viață decât 67, dintre care de abia 40 sunt valizi integral; după trecere de încă 20 ani nu au mai rămas în viață decât 58, din care de abia 30 mai sunt total valizi. Situația este deci următoarea: la 40 de ani după naștere, din-tr'un lot de 100 copii concepuți, 42 au decedat, 28 sunt minus-valori (debili, bolnavi, infirmi) și de abia 30 rămân valizi.

In ce privește influența eredității asupra funcțiunilor psihice, unele cercetări tind să demonstreze că valoarea intelectuală a indivizilor este în bună parte expresiunea eredității.

O statistică întreprinsă în Stuttgart, în 1933, asupra a 4527 elevi de ambe sexe, în momentul trecerii lor dela școala primară la o școală secundară, a arătat că randementul intelectual al copiilor ar rămâne independent de pătura socială din care fac parte. Factorul determinant ar fi massa ereditară a copilului (predispozițiile intelectuale transmise ereditar) (83).

Uneori, chiar când aparența ar face să se atribue rolul principal factorilor de mediu, trebue să căutăm tot substratul ereditar. Astfel, s'a constatat în deobște că valoarea intelectuală prezintă corelații cu numărul copiilor din familie: pe măsură ce numărul de copii din familia respectivă (frați-surori) crește dela 1 la

4, în aceeaşi măsură notele de şcolaritate scad. Totuşi nu factorul de mediu, adică numărul mare al membrilor familiei, ar fi determinant. In fond, tot un factor ereditar ar fi în joc, dat fiind că tocmai familiile mai puţin înzestrate din punct de vedere intelectual se înmulţesc pe scară mai vastă. O dovadă ar fi în faptul că, în familiile care furnizează copii pentru şcoli de înapoiaţi mintali, prolificitatea este cu 10% mai mare decât la media populaţiei. La anumite categorii din aceste familii, mai grav tarate, prolificitatea este chiar cu 15—20—30% mai mare decât la populaţia normală (83).

Massa ereditară îşi exercită înrîurirea necontestată în transmiterea grupului de turburări psihice şi fizice reunite sub termenul general de *disgenii*. Uneori sunt predispoziţii şi boli organice manifeste care alterează profund valoarea biologică şi socială, a individului ca şi a familiei. Alteori este vorba de boli mintale caracterizate sau de profunde deficienţe de structură psihică ce crează fondul favorabil isbucnirii criminalităţii.

La extremitatea cealaltă a valorilor umane, este de menţionat că uneori ereditatea crează elemente dotate, indivizi de valoare intelectuală supranormală. Aceştia sunt expresiunea superioară a valorii calitative a unei populaţii.

Revenind la grupul disgenicilor, reamintim că metoda de studiu a răspândirii lor numerice constă în a compara, pe de o parte, un grup de descendenţi ai purtătorilor unei anumite boli degenerative, pe de altă parte un grup de populaţie normală de aceeaşi importanţă numerică ; se caută a se vedea cât de răspândită este tara respectivă în fiecare din cele două grupe. Rezumăm câteva din constatările expuse pe larg la capitolul eugeniei.

Reamintim că pentru *schizofrenie* sau demenţa precoce, s'a constatat că în populaţia normală a unei ţări această boală ar avea o frecvenţă de 0,85%, pe când la copiii care descind din părinţi schizofrenici frecvenţa tarei este mult mai mare : 9—10% atunci când unul din părinţi este schizofrenic şi 53% când ambii părinţi prezintă această boală. In plus, alţi 29% din descendenţi prezintă stări schizofrenoide. In total deci, 82% din descendenţi ar fi elemente anormale, după unii autori.

Elemente disgenice se întâlnesc şi printre colăteralii schizofrenicilor ; fraţii şi surorile bolnavului ar fi şi ei anormali în proporţie de 33,4%, iar colateralii de a doua generaţie (nepoţii) ar fi anormali în proporţie de 24% (84).

Mai este important de reţinut, din punctul de vedere al demografiei calitative, că şi pentru acei purtători ai tarei care par vindecaţi în aparenţă pericolul transmisiunii ereditare a schizofreniei persistă.

Amintita metodă de cercetare, aplicată pentru *debilitatea mintală congenitală*, a arătat că, pe când în populaţia globală a unei ţări procentul de debili mintali este de 1%, printre copiii procreaţi de părinţi debili mintali procentul tarei urcă până la 90%, dacă ambii părinţi sunt debili mintali.

Statisticile relative la *psihoza maniaco-depresivă* sau *ciclică* au arătat că, în timp ce la populaţia globală a unei ţări frecvenţa bolii este de 0,44%,

la copiii care descind din ambii părinţi maniaco-depresivi proporţia bolii merge până la 65,5%; de altfel, şi restul de 34,5% din copii prezintă adesea diverse anormalităţi psihice. Şi colateralii bolnavului ar prezenta această tară în proporţie de 13,5%.

Relativ la *epilepsia ereditară*, se admite că 10% din descendenţii acestor bolnavi sunt şi ei epileptici; în plus însă, un procent apreciabil prezintă diferite alte tare, iar printre colateralii epilepticilor ar fi până la 38% elemente „indezirabile" din punctul de vedere al igienei rasei şi demografiei calitative.

O intensitate apreciabilă a transmisiunii ereditare prezintă de asemenea, cum am văzut: coreea ereditară sau coreea lui Huntington, orbirea ereditară, surditatea ereditară, surdo-mutitatea congenitală şi un număr de malformaţiuni fizice grave ereditare.

Orbirea ereditară cuprinde totalitatea afecţiunilor oculare care se instalează pe bază ereditară şi cari, fie chiar în momentul naşterii, fie ulterior în decursul vieţii, duc la scăderea totală sau aproape totală a vederii.

Surditatea ereditară cuprinde toate afecţiunile urechii care apar pe bază ereditară şi sunt constatabile înainte sau în timpul perioadei de procreaţie, la individul respectiv. In ce priveşte surdomutitatea congenitală, datorită unei deficienţe înnăscute a elementelor nervoase ale urechii interne şi a zonelor cerebrale care percep sunetul, intensitatea transmisiunii sale ereditare este foarte mare.

Malformaţiile fizice grave erditare sunt destul de numeroase: lipsa unor părţi de membre sau a membrelor întregi, diformaţiuni ale scheletului, spina bifida, luxaţia congenitală a articulaţiei coxofemurale, piciorul strâmb congenital, brachidactilia, sindactilia, arachnodactilia, etc. Chiar atunci când, prin progresele ortopediei chirurgicale, unele din aceste malformaţii se atenuează sau se vindecă, pericolul persistă din punctul de vedere al demografiei calitative, deoarece predispoziţia se transmite adesea asupra copiilor procreaţi.

Privită în ansamblu, ereditatea patologică este un factor de care demografia modernă nu mai poate face abstracţie. Aceasta cu atât mai mult cu cât numărul bolilor transmisibile ereditar ar fi relativ considerabil; după unii autori, numai bolile psihice cu transmisiune ereditară ar fi în număr de 200.

Demografia calitativă mai trebue să ia în consideraţie *rolul eredităţii ca factor predispozant la criminalitate.*

La Moscova, întocmindu-se o statistică relativ la 2601 delicvenţi, s'a ajuns la următoarele rezultate (85):

	EREDITATEA PATOLOGICĂ ÎN GENERAL		EREDITATE ÎN LINIE DIRECTĂ			
			Boli ereditare		Alcoolism	
	Delicvenţi primari	Delicvenţi recidivişti	D. prim.	D. recid	D. prim.	D. recid.
Excroci	64,7%	8,3%	48,9%	64,6%	26,9%	60,7%
Hoţi	65,1%	76,8%	47,7%	62,3%	31,1%	51,3%
Banditi	60,1%	84,5%	51,3%	69,9%	36,4%	54,1%
Omucigaşi	71,6%	87,5%	55,4%	75,0	—	54,6%
Antisociali	—	80,7%	—	65,3%	—	—
Media	66,9%	81,9%	50,8%	67,4%	32,2%	55,2%

O statistică întocmită în România asupra unei serii de minori arestați arată următoarea situație a delicvenților (85):

34,29% erau născuți din părinți alcoolici (cel puțin unul)
21,90% „ „ „ „ cu anomalii psihice
47,72% „ „ „ „ cu diferite anomalii (cel puțin unul)
8,57% „ „ „ „ anormali.

Noi am arătat într'o lucrare specială rolul etiologic al eredității în delicvența și criminalitatea minorilor. Sifilisul ereditar se întâlnește în proporție de 50%. Ereditatea alcoolică a fost găsită în 12 din 52 cazuri. Dintre delicvenții minori, 50% sunt înapoiați mintali (86).

O imagine a diminuării valorii calitative a populației, o avem în existența *familiilor de degenerați*. Dintr'un ascendent purtător de tară, pot rezulta în răstimp de câteva generații, un număr considerabil de minus-valori și non-valori sociale.

Familia Jukes (studiată de *Dugdale*) a avut ca prim individ cunoscut de cercetători, pe un pescar leneș și vagabond dela începutul secolului XVIII; în răstimp de 5 generații consecutive numărul total al membrilor acestei familii s'a ridicat la 1200; 300 au murit în prima copilărie; din restul de 900, 310 și-au dus viața în azile (un total de 2300 ani de internare), 174 au fost debili mintali, mai mult de jumătate din membrii feminini s'au dedat prostituției, 130 indivizi din familie au fost criminali; din 1200 membri ai familiei, numai 20 au exercitat o profesiune, dar 10 din ei au învățat-o în închisoare; de-a-lungul a 5 generații, familia Jukes a costat statul New-York 1.250.000 dolari.

Interesant este exemplul familiei studiată de *Goddard;* în timpul revoluției americane, întemeietorul familiei a întreținut relații sexuale cu o debilă mintală; ulterior, numărul descendenților în generații succesive a atins 480: din aceștia, 82 au decedat în prima copilărie, 33 au fost anormali sexuali, 24 alcoolici, 8 proxeneți, 3 criminali și 148 debili mintali; 10% din membrii familiei au fost în aparență normali.

In urmă, același întemeietor de familie s'a căsătorit cu o fată normală; au rezultat de-alungul mai multor generații, un total de 496 descendenți, toți normali.

La cealaltă extremitate a scării sociale și intelectuale stau, cum am menționat, elementele supranormale, acelea care promovează însușirile superioare de rasă. Expresia desăvârșită a supra-normalității o constitue geniul, care înfățișează un „summum" al caracteristicilor individului normal.

Există o anumită corelație între inteligență de o parte, *talent* de cealaltă parte

Avem mai întâi talentele zise speciale: talentul muzical, de desenator, etc. Ori, un atare subiect poate fi admirabil înzestrat în ce privește talentul special, dar inferior din alte puncte de vedere, mai ales în ce privește inteligența generală.

Pe măsură însă ce, în oricare domeniu al activităţii sprituale, ne ridicăm dela talentele speciale spre sferele superioare ale capacităţii creatoare şi ale geniului, constatăm o corelaţie pozitivă între darurile speciale ale individului şi inteligenţa lui generală.

Fie că avem deaface cu elemente supradotate într'un domeniu special, fie că este vorba de rarele personalităţi ce stau în fruntea culturii umane (geniile), ereditatea joacă adesea un rol important.

Galton a studiat istoricul genealogic a 300 familii de oameni celebri din aproape toate ramurile de activitate umană: familiile lui Mirabeau, Richelieu, Napoleon, Chateaubriand, Boileau, Ampère, Darwin, Newton, Byron, Goethe, Beethoven, Raphael, Tizian, etc.

Concluzia cea mai importantă a autorului este următoarea: există o corelaţie directă între proporţia de elemente supradotate şi gradul de rudenie cu omul genial, care a constituit punctul de plecare; cu alte cuvinte, cu cât gradul de rudenie este mai apropiat de elementul supradotat originar, cu atât găsim mai multe elemente supradotate printre aceste rude. Deci, printre copiii cutărui individ superior înzestrat, vor fi mai mulţi dotaţi decât printre fraţii lui, iar în rândul acestora din urmă vor fi mai mulţi supradotaţi decât printre verii lui ş. a. m. d.

Galton a mers şi mai departe, stabilind prin calcul probabilitatea în ce priveşte transmiterea ereditară a însuşirilor superioare. Luând ca punct de plecare o persoană ce s'a ridicat mult deasupra mediei, a constat că ea are şansa de 1 la 4% de a procrea la rândul ei un element supradotat, şansa pentru nepoţi ar fi de 1 la 29, iar şansa pentru vărul primar n'ar mai fi decât 1 la 100.

In concluzie deci, valorile superioare ale societăţii ar fi expresiunea eredităţii (87).

C. Necesitatea normalizării calitative a massei mijlocii a populaţiei

Considerând înrîurirea factorilor patologici (ereditari şi dobândiţi) asupra populaţiei, vom putea deosebi la orice colectivitate umană cele 3 mari categorii de cari ne ocupăm la studiul eugeniei: elemente superior dotate, înfăţişând numeric o proporţie minimă; disgenicii, elementele care compromit valoarea biologică a colecivităţii şi care înfăţişează numeric aproximativ o zecime din totalul populaţiei; în fine, marea massă a elementelor de valoare mijlocie, foarte importantă pentru demografie, pentrucă întruchipează partea din populaţie asupra căreia trebuesc în special aplicate măsurile de normalizare.

Reamintim că preocupările eugenice în momentul de faţă se îndreaptă mai puţin către supradotaţi. Numărul lor este redus şi sacrificiile materiale destul de mari pe care educaţia lor specială le pretinde colectivităţii, fac ca problema aceasta să treacă pe planul al

Scanned with OKEN Scanner

doilea față de necesitatea imperioasă de a normaliza marea massă mijlocie a populației. Pentru aceasta din urmă, organizarea medico-socială intervine cu corectări biologice în timp, ferind-o de a fi dominată în cele din urmă de elementele disgenice.

Unele cercetări au fost de natură să arate că scăderea nivelului intelectual al masselor este de multe ori reală. Cu prilejul recrutărilor din Statele-Unite, în 1917—19, s'a constatat că numai 4,1% din recruți aveau o inteligență superioară, în timp ce 24% din recruți nu aveau decât vârsta intelectuală de 11—9 ani sau chiar mai puțin (37).

O anchetă întreprinsă în 1935 de Uniunea orașelor germane a arătat că din tineretul orașelor mari, fiecare al 3-lea tânăr nu atinge nivelul absolventului de școală primară; fiecare al 6-lea tânăr a rămas cu 2 și mai mulți ani în urmă; în fine, fiecare al 25-lea orășean de sex masculin se află — din punct de vedere intelectual —— la nivelul elevului de școală auxiliară (88).

Incurajarea evoluției massei mijlocii a populației apare necesară și din motivul că este foarte greu de combătut factorul contra-selectoriu reprezentat prin *celibatul* unei bune părți a oamenilor superior dotați. Statistici germane publicate în 1935 au arătat că proporția de celibatari este de trei ori mai mare la liberii profesioniști decât la muncitorii manuali și chiar de 6—7 ori mai mare decât la anumite categorii de muncitori (mineri și watmani) (89).

Cercetări întreprinse în Cehoslovacia arată de asemenea diferența mare de prolificitate între dotați și nedotați, realizându-se un adevărat proces de contraselecție. Examinându-se 1268 copii de școală din Praga, în vârsă de 10 ani, apoi 1257 tineri de 14 ani și 1126 copii de școală dintr'o circumscripție rurală a Moraviei, s'a găsit un raport invers proporțional între numărul copiilor, pe familie, și gradul lor de dotație intelectuală (90).

Ținând seama pe de altă parte că disgenicii reprezintă o sarcină ce grevează considerabil asupra cheltuelilor colectivității, obiectivul oricărei politici demografice rămâne massa mijlocie a populației, depozitara caracterelor ereditare sănătoase și elementul valid în câmpul producției economice. In politica demografică, „sănătos" devine sinonim cu mijlociu, căutând să se organizeze tendința la expansiune a acestei populații de valoare medie.

Pentru aceasta este necesar să se adopte o politică biologică și demografică dirijată, avându-se permanent în vedere elementul structural primordial: familia, și, prin extensiune, spița. Cu cât această unitate închisă, bazată pe legătura de sânge, va fi mai consistentă, cu atât va infuza o forță mai apreciabilă organismului colectiv. Grija pentru biologia familiei este cu atât mai imperativă cu cât ea este amenințată azi de un complex de împrejurări adverse, reunite de autorii germani sub termenul „labilitatea mediului ambiant" (91).

Scanned with OKEN Scanner

V. INFLUENȚA DIVERȘILOR FACTORI ASUPRA EVOLUȚIEI POPULAȚIEI

Unii autori au căutat să stabilească două categorii de factori, după cum aceștia provoacă o accelerare a dinamicei demografice sau o încetinire a ei (92).

Trebuesc considerați ca factori de accelarare demografică: nupțialitatea fecunditatea, natalitatea, diminuarea mortalității, ameliorările edilitare și igienice, combaterea bolilor, asistența materno-infantilă, imigrările, colonizările.

Sunt factori de încetinire demografică: cataclismele, războaiele, exodurile, invaziile, marile epidemii, foametea, emigrările, denatalitatea, avorturilor, factorii de decădere morală.

Un studiu rațional și complect al factorilor cu influență în demografie nu poate însă să fie obținut decât urmărindu-se procesul de diferențiere în populație și cauzele cari provoacă aceste diferențieri.

Colectivitățile din care este formată populația reprezintă entități biologice între cari există o serie de inegalități, relevate suficient prin statica, dinamica și situația calitativă. Aceste inegalități decurg din acțiunea combinată a eredității și a mediului, care, așa cum provoacă diferențierea între indivizi, determină și deosebirile între grupurile la cari ei dau naștere. Expresia concretă a diferențierii populației o constitue *clasele sociale.*

Clasele sociale s'au format, în timp, printr'un proces complex, la care au contribuit factori foarte variați. Dintre aceștia, factorii economico-sociali au jucat cel mai important rol, fiecare exercitându-și acțiunea caracteristică. Acțiunea determinanților sociali, prin intermediul claselor, a avut la rându-i și foarte însemnate consecințe biologice în demografie.

A. Formațiunea și rolul claselor sociale

1. *Ipoteza formațiunii prin diferențieri constituționale*

Unitatea ultimă a oricărei clase sociale fiind individul, s'a căutat a se stabili dacă diferențierile constituționale cari caracterizează pe indivizi intervin și în alcătuirea claselor sociale. Ori, examinarea mai atentă a factorilor cari determină inegalitățile constituționale la indivizi (93) tinde mai curând să arate că acești factori nu au vreun rol hotărîtor în formarea claselor sociale. Astfel, longevitatea, care prezintă toate intermediarele dela o extremă la cealaltă și dă expresia cea mai plastică inegalității biologice între indivizi, ar fi determi-

Scanned with OKEN Scanner

nată numai în proporţie de ¼ de factorii constituţionali şi în proporţie de 3/4 de factorii de mediu (94). Un al doilea caracter, de ordin psihic, care traduce inegalitatea biologică între indivizi: inteligenţa, deşi stând în primul rând sub înrîurirea eredităţii, poate varia în plus sau în minus cu 15—20%, sub înrîurirea factorilor de mediu (educaţia, cultura) (37).

Din moment ce, chiar pentru indivizi, inegalitatea biologică este în bună parte rezultanta mediului, cu atât mai puţin am putea vorbi despre o „inferioritate constituţională a claselor sărace".

Intr'adevăr, s'a susţinut de către unii că ar exista o inegalitate constituţională între diferitele clase sociale; cu alte cuvinte, o anumită pătură socială şi-ar transmite din generaţie în generaţie, un anumit patrimoniu ereditar. Caractere cari, la origine, au rezultat exclusiv din acţiunea nefavorabilă a factorilor economici şi sociali, ar ajunge cu timpul să se fixeze prin ereditate. Această teorie nu s'a putut verifica. In ţările mai înapoiate, cu deosebire în ţările agricole, în epocile în cari aceste ţări se îndrumă pe calea progresului, se văd adesea apărând, din clasele sărace, energii înzestrate cu un mare potenţial, cari, în timpul limitat al unei singure generaţii, străbat complect drumul omului superior. O atare evoluţie nu se poate împăca cu ipoteza unei inferiorităţi constituţionale a claselor de jos.

Apoi, dacă într'adevăr ar exista o deficienţă constituţională a pauperilor, atunci ar trebui ca ea să se manifeste din primii timpi ai vieţii. Ar trebui ca mortinatalitatea şi mortalitatea primului an să fie mai mare în păturile de jos chiar atunci când condiţiile de mediu şi de igienă se ameliorează. Ori, s'a constatat că prin intervenţia intensivă a factorilor civilizatori şi igienici, mortinatalitatea şi mortalitatea primei vârste încep să descrească într'un ritm mai rapid încă la săraci, decât în păturile înstărite, tot astfel cum, acolo unde factorii de mediu sunt deficienţi, mortalitatea infantilă persistă cu proporţii foarte ridicate. Anchetele strict ştiinţifice, efectuate în România, prin cercetarea individuală a cazurilor, sub auspiciile Societăţii Naţiunilor, sunt cu deosebire instructive, căci pun în evidenţă paralelismul între deficienţa factorilor de mediu şi mortalitatea infantilă ridicată (95). Situaţia mortalităţii infantile după rasele conlocuitoare în Statele Unite este deasemenea concludentă pentru predominarea factorului mediu asupra celui constituţional (96).

S'a căutat de către unii să se invoace, şi pentru formarea păturilor sociale, fenomenul *selecţiunii*. Cei viguroşi, cei bine înzestraţi, ar veni mereu să îngroaşe rândurile claselor superioare; cei slabi, deficienţi, s'ar îndrepta mereu spre păturile de jos. Consistenţa iniţială

a claselor s'ar modifica deci perpetuu şi o nouă configuraţie ar rezulta, după un răstimp, prin selecţiune. Fenomenul, ce e drept, se verifică uneori. El este însă departe de a fi general. Selecţiunea cade adesea pe un plan secundar faţă de înrîurirea puternică a mediului.

2. *Formaţiunea claselor sociale ca expresie a mediului*

„Ceeace caracterizează mai întâi de toate o clasă socială e gradul de independenţă personală a membrilor săi, întinderea necesităţilor lor materiale şi intelectuale, măsura în care securitatea existenţei le este asigurată" (97).

Următoarea diviziune ar fi mai corespunzătoare obiectivelor demografiei şi evidenţierii acţiunii factorilor de mediu : clasa independentă, clasa mijlocie, muncitorii calificaţi, muncitorii semicalificaţi şi muncitorii necalificaţi. E vorba deci de 5 clase sociale fundamentale. Conform acestei diviziuni, proprietarii, industriaşii, comercianţii, apoi profesorii, avocaţii, medicii, inginerii, funcţionarii superiori, artiştii, fac parte din clasa independentă. In clasa mijlocie ar intra fermierii, micii comercianţi, meseriaşii, slujbaşii. Clasa muncitoare are gradul cel mai mic de independenţă, necesităţi şi securitate.

Dacă întâlnim uneori la o anumită clasă socială, de exemplu la muncitori, un număr de scăderi fizice, ele s'ar datora, nu unor factori constituţionali, ci acţiunii mediului. *Villermé* spunea: „mizeria, adică împrejurările cari o întovărăşesc, produce staturi mici şi întârzie epoca de desvoltare complectă a corpului" (98). Pe baza acestor vechi constatări s'a desvoltat în timpurile moderne antropologia socială, sub înrîurirea lui *Niceforo.* Acesta constată o inferioritate vădită a claselor „neposedante" (fără avere), în ce priveşte statura, greutatea, perimetrul toracic, capacitatea respiratorie, forţa musculară, rezistenţa la oboseală, dimensiunile craniului şi capacitatea lui, chiar şi greutatea creerului şi ascuţimea simţurilor. Deasemenea la pauperi pubertatea s'ar instala mai târziu şi perii ar înălbi mai repede (99).

La rândul ei, psihologia socială, ramură constituită recent, arată că şi scăderile psihice cari se pot întâlni la unele clase sociale, ar fi datorite acţiunii mediului şi nu vreunui factor constituţional. Cu prilejul recrutărilor în armata americană, între anii 1917 (Ianuarie) şi 1919 (Septembrie), au fost examinaţi, prin metoda testelor, 42.000 ofiţeri şi 1.727.000 soldaţi (din cari 14% erau negri). Rezultatele, publicate de *Yerkes,* arată că grupele caracterizate printr'o inteligenţă foarte superioară (vârstă mintală de peste 18 ani) şi superioară

(vârstă mintală cuprinsă între 16,5 şi 17,9 ani) erau alcătuite mai cu seamă din persoane aparţinând în viaţa civilă profesiunilor libere Persoanele cu inteligenţă deasupra mediei (vârsta mintală între 15 şi 16,4 ani) aparţineau îndeosebi următoarelor grupe profesionale: slujbaşi, technicieni, contramaeştri. In grupul cu inteligenţa mijlocie (vârsta mintală între 13 şi 14,9 ani) intrau în special muncitorii calificaţi. In fine, în grupele de inteligenţă mediocră, inferioară şi foarte inferioară (vârstele mintale cuprinse între 11 ani şi mult sub 9,5) nu s'au găsit decât hamali, salahori, etc. (100). Rolul, aproape exclusiv, al mediului în formarea claselor sociale şi în caracteristicele lor apare, cel puţin în această statistică, destul de clar.

3. *Rolul claselor sociale în demografie*

O stratificare socială mai rudimentară coincide deobicei cu o densitate mai redusă a populaţiei. O diferenţiere mai accentuată după clase coincide cu o densitate mai mare.

Acest paralelism apare evident când studiem populaţia rurală, de mică densitate, atât de slab diferenţiată după clase şi urmărim apoi modificarea structurii pe clase sub influenţa urbanizării progresive a ruralilor. Cu cât masse mai importante din populaţia rurală emigrează spre oraşe, cu atât clasele sociale se diferenţiază mai mult. E rezultatul vieţii în centrele administrative şi suprapopulate, cu exigenţe mari şi cu nivel de viaţă foarte diferenţiat. Ţările cu mai mică diferenţiere a claselor sociale sunt cele cu proporţie mare de populaţie agricolă şi cu densitate demografică scăzută. In Rusia, în ţările balcanice şi în ţările asiatice, procentul populaţiei rurale este de aproximativ 85%. In Franţa, Canada, Australia, ţări evoluate dar cu diferenţiere încă moderată a claselor sociale, populaţia rurală se repartizează în mod aproape egal cu cea urbană (50%). In Scoţia şi Anglia, ţări cu o structură pe clase destul de complexă, populaţia rurală deabia dacă mai reprezintă 20% din totalul naţiunii (97).

Dacă deosebit de cele trei clase sociale menţionate (independentă, mijlocie şi a muncitorilor), considerăm şi clasa *asistaţilor*, adică a elementelor defective cari cad în sarcina societăţii organizate, constatăm relaţii interesante între gradul de diferenţiere pe clase şi aspectul demografic rezultat din proporţia asistaţilor faţă de colectivitatea naţională. In ţările cu o stratificare socială bine consolidată partea de populaţie asistată e relativ puţin importantă. In ţările înapoiate, unde stratificarea socială e imprecisă şi categoriile

asistabile nu sunt niciodată bine delimitate, părţi foarte importante ale colectivităţii cad în sarcina ei. După statistici din ultimii 15 ani, în ţările occidentale existau următoarele procente de populaţie asistată: Franţa 2,5% (anul 1929); Danemarca 3,2% (anul 1931); Anglia 3% (1930); Germania 3,5% (1930) şi excepţional 6% în 1932 când a fost atins apogeul crizei şi al şomajului; în Statele Unite 2,5% (97). In general, în vremuri normale, în ţările occidentale (Europa şi Statele Unite), clasa asistată nu trebuie să reprezinte mai mult de 3% din totalul populaţiei. Restul naţiunii se încadrează în clasele sociale variate şi bine definite (97).

Când considerăm *clasele profesionale,* rezultate din stratificarea socială, sesizăm deasemenea relaţii dintre clase şi anumite aspecte demografice. Cu cât profesiunile salariate, de pildă, reprezintă un procent mai important din populaţia activă a ţării, cu atât acea ţară e mai industrializată şi deci cu o populaţie în general mai densă, iar clasele sociale sunt mai numeroase. Proporţiile populaţiei salariate faţă de populaţia activă erau între 1920 şi 1926: 56% în Franţa, 57% în Danemarca, 73% în Statele Unite, 74% în Belgia, 83% în Germania, 90% în Anglia.

B. Influenţa factorilor de mediu

Mediul cuprinde o sumă de factori variaţi: sociali, culturali şi fizici.

Intervenţia factorilor de mediu face ca păturile sociale să se diferenţieze între ele, rezultând clasele sociale. Factorii de mediu pot fi grupaţi astfel: condiţiuni economice, locuinţa, profesiunea, starea culturală, factori sanitari, factori morali, industrializarea, viaţa familială, fenomenul denatalităţii, fenomenul migraţiunilor, factori meteorologici, factori cu caracter de calamitate (epidemii, etc.).

1. *Condiţiuni economice*

a. Populaţia activă şi neactivă

Una din exteriorizările acţiunii factorilor economici asupra demografiei o constitue proporţia de populaţie activă faţă de populaţia inactivă. Procentul de populaţie activă era următorul în anul 1920, în toare. Procentul de populaţie activă era următorul în anul 1920, în câteva ţări: 40% în Statele Unite, 42% în Belgia, 44% în Anglia, 47% în Italia, 53% în Franţa, 57% în Germania (procente din populaţia totală a ţării respective) (97).

Reamintim că în ţările mai puţin evoluate, în special în cele agricole, procentul de populaţie activă devine mai important, pentru că alături de bărbaţi, femeile şi copiii participă intens la muncile rurale. In România, proporţia de populaţie activă depăşeşte 60%, iar în compunerea acestei populaţii intră — la ţară — 49% bărbaţi şi 51% femei, cu alte cuvinte femeea participă mai intens la muncile agricole (101).

b. Influenţa factorului economic asupra mortalităţii infantile

Rezultate importante au dat cercetările făcute în Statele Unite. S'a alcătuit un grup din copiii ai căror mame s'au născut toate în America, fac parte toate din rasa albă, ştiu să scrie şi să citească, nu prestează muncă în afară de domiciliu, au procreat cel puţin 7 copii, n'au născut în răstimpul celor 2 ani cari au precedat ultima facere, în fine ocupă toate o locuinţă salubră cu cel mult o persoană pe cameră. S'a eliminat deci aproape tot ce constitue factor de mediu defavorabil în igiena socială, rămânând determinant *numai factorul economic:* câştigul tatălui de familie. Variaţiile acestui factor în raport cu mortalitatea infantilă au putut fi urmărite precis. Rezultatele figureaza în următorul tablou:

Salariul tatălui	*Mortalitatea infantilă*
sub 450 dolari	71 la mie
între 450 şi 549 dolari	52 „
între 550 şi 849 dolari	40 „
între 850 şi 1249 dolari	26 „
1250 dolari şi peste	20 „

Mortalitatea infantilă creşte deci în raport direct cu scăderea veniturilor capului de familie, ajungând să reprezinte, la clasa săracă, mai mult de triplul mortalităţii din clasa bogată (102).

c. Factorul economic şi natalitatea

Dificultatea de a creşte copiii, pentru individul cu venituri scăzute, începe dela capitolul alimentaţie. In mod curent, se verifică în clasa muncitorească, legea formulată de sociologul *Engel:* cu cât veniturile unei familii sunt mai scăzute, cu atât devine mai mare proporţia (din bugetul familial total) a cheltuielilor pentru alimentaţie, aşa încât pentru satisfacerea nevoilor de locuinţă şi îmbrăcăminte nu mai rămâne de cât un procent infim.

In clasele sărace, proporţia din bugetul familial consacrată alimentaţiei atinge 75—80% (103). Se instalează un cerc vicios: dacă vrea să menţie alimentaţia copiilor în limitele cerinţelor fiziologiei,

Scanned with OKEN Scanner

individul pauper nu mai poate învesti aproape nimic pentru satisfacerea celorlalte necesităţi; dacă vrea să facă faţă acestora din urmă, copilul ajunge fatal la subnutriţie.

S'a putut urmări ciclul mizeriei familiale dealungul etapelor de vârstă ale individului sărac; în general, copilul, în momentul naşterii, mai găseşte în mediul familial un buget oarecum proporţionat faţă de nevoi, căci e vorba de menajuri tinere; numărul copiilor crescând, desechilibrul bugetului familial se instalează; o parte din ei însă ajung în perioada când câştigă, aşa încât survine un relativ echilibru bugetar în familie; el nu durează însă mult, pentru că aceşti copii îşi întemeiază căminuri proprii, spre a reîncepe, la rândul lor, ciclul expus (102).

In astfel de condiţiuni, apare evidentă înrîurirea factorului economic asupra demografiei, prin imposibilitatea de a se oferi condiţiuni normale de viaţă grupei de vârstă tinere, garanţia subsistenţei demografice a naţiunii.

d. Inrîuriri ale demografiei asupra factorilor economici

Trebue menţionat că şi fenomenele demografice, la rândul lor, sunt de natură să înrîurească viaţa economică a colectivităţii respective. Diversele migraţiuni, denatalitatea, îmbătrânirea în structura pe grupe de vârstă, etc., îşi exercită influenţa asupra industriei în primul rând, consecutiv asupra vieţii economice în totalul ei. Un fenomen cu acţiune deosebit de defavorabilă este modificarea în repartiţia grupelor de vârstă.

La congresul internaţional de demografie din 1937 s'a arătat că fenomenul îmbătrânirii populaţiei are drept efect mărirea cifrei muncitorilor şi patronilor bătrâni, consecutiv o scădere a randamentului producţiei (104).

2. *Condiţiunile de locuinţă*

Locuinţa insalubră influenţează demografia prin aceea că măreşte mortalitatea şi morbiditatea generală. Supraaglomerarea locuinţei măreşte mortalitatea infantilă, cu cel puţin o şesime. Corelaţia între locuinţă şi tuberculoză e cunoscută din totdeauna (105). Deasemenea influenţa locuinţei asupra transmiterii boalelor contagioase acute (106).

Rolul locuinţei asupra evoluţiei demografice a diferitelor popoare apare evident când ţinem seama de numărul încă destul de mare al locuinţelor insalubre, înregistrate în statisticile ultimilor 15—20 ani.

Scanned with OKEN Scanner

In anul 1920, cel puţin 70.000 case, în Anglia, erau improprii complect, pentru a fi locuite şi alte 300.000 aveau mari lipsuri igienice. Cam o zecime din întreaga populaţie îşi ducea viaţa în locuinţe supraaglomerate: 760.000 persoane la Londra, 3 milioane inşi în provincie. 148.000 persoane locuiau mai mult de trei într'o cameră şi 31.000 mai mulţi de patru pe cameră (107).

In oraşul Berlin, în anul 1928, un număr de 47.000 locuinţe se compuneau dintr'o singură cameră; 336.000 din două camere. S'a constatat în acelaş oraş că 73% din asiguraţii sociali bolnavi de o afecţiune pulmonară îşi împărţeau camera cu alte persoane, iar 8% îşi împărţeau chiar patul.

In Franţa, cam 18% din totalul familiilor au locuinţe compuse din câte o singură cameră (107).

In oraşul New-York, după constatările unui comitet special care a lucrat în 1927, mai mult de 2 milioane persoane, deci cam o treime din întreaga populaţie a oraşului, nu aveau locuinţă mulţumitoare.

Bine înţeles că în ţările înapoiate, în unele ţări asiatice de pildă (India, China, etc.), starea de supraaglomerare şi promiscuitate în ce priveşte factorul locuinţă şi consecinţele demografice cari rezultă din acestea, sunt grave.

In ce priveşte România, s'ar părea că mai sunt la ţară un număr important de bordee. Cercetările parţiale ne relevă şi ele starea rea a factorului locuinţă (108).

Influenţele demografice ale locuinţei insalubre, prin repercutarea nefavorabilă ce o exercită asupra vârstei copilăriei, înrîurind atât fizicul cât şi psihicul copilului, a fost studiată de noi în 1937 (109).

3. *Factori profesionali*

Influenţa factorului profesional asupra demografiei se deduce în primul rând când examinăm *mortalitatea profesională* (110). O statistică întocmită în Anglia, în intervalul 1921—1923, a arătat că în profesiunile agricole, în profesiunile libere şi la muncitori din industriile cele mai salubre, mortalitatea e mai mică decât 80% din mortalitatea generală a populaţiei, scăzând chiar până la 53%. In profesiunile mai puţin salubre, mortalitatea a fost de 80—110% în raport cu mortalitatea populaţiei globale. In ramurile profesionale ce impun o mare sforţare fizică şi expun la înrîuriri nocive şi la alcoolism, cum e cazul pentru muncitorii din uzinele de turnătorie, în industria lânei, în debitele de spirtoase, etc., mortalitatea este de 110—160% în raport cu mortalitatea generală a populaţiei, iar la marinari, comisionari, mun-

citori în industriile cu praf, mortalitatea a mers până la 433% faţă de mortalitatea globală a populaţiei.

Factorii profesionali acţionează deci asupra mortalităţii atât de intens, încât au determinat o variaţie între un minim de 53% şi un maxim de 433% faţă de mortalitatea generală a naţiunii; iar în interiorul unei aceleiaşi profesiuni, mortalitatea creşte pe măsură ce coborîm dela personalul conducător la contramaeştri, dela aceştia la muncitorii calificaţi, iar dela aceştia din urmă la muncitorii cu ziua.

Situaţia demografică a unui grup de populaţie este influenţată şi prin *morbiditatea profesională*. Anumite profesiuni dau o morbiditate ridicată, înrîurind situaţia calitativă a populaţiei şi, prin mortalitatea ce o provoacă, situaţia cantitativă.

Bolile cele mai frecvente, în sânul clasei muncitoreşti, sunt: bolile căilor respiratorii superioare şi inferioare, bolile digestive, reumatismul, afecţiunile nervoase şi ale pielei, în fine turburările uterine la femei. Notăm şi înrîurirea nocivă — asupra sănătăţii femeii — a muncii în picioare impusă de însăşi natura lucrului. Influenţa reumatismului clasei muncitoare asupra situaţiei calitative a populaţiei, prin deficitul biologic rezultat din febra reumatică, cadiopatiile consecutive, deformaţiunile şi invalidizările reumatismului cronic, au fost evidenţiate în numeroase studii (111).

Una din bolile profesionale cele mai răspândite este tuberculoza La clasa muncitoare tuberculoza e şi mai frecventă şi mai precoce. S'a constatat în Anglia că la muncitorii industriali mortalitatea maximă prin această boală e în grupa 25—35 ani.

Un factor profesional cu influenţă demografică importantă este munca mamei în afară de domiciliu. Cercetările arată că munca mamei în timpul sarcinei are drept rezultat creşterea mortalităţii intra-şi post-natale, precum şi a mortalităţii infantile în general. Cercetări întreprinse în România au evidenţiat, la femeile ce muncesc în afara domiciliului familial, o diminuare a potenţialului de vitalitate la mamă şi o deficienţă biologică a copiilor, manifestată prin procentul de 33% copii cu greutatea subnormală şi 40% copii cu greutatea la limită (112).

Factorii profesionali, prin mortalitatea şi morbiditatea ce provoacă, sunt de natură să influenţeze validitatea fizică la grupul de populaţie studiat. De aci a rezultat noţiunea de *validitate profesională*, capacitatea de randement în viaţa productivă.

In Anglia au fost examinaţi medical, în răstimul anilor 1915-1918, un număr de 2.425.184 recruţi, cu vârsta cuprinsă între 18 şi 42 ani.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre cei proveniţi din regiuni neindustriale, 90% erau sănătoşi, numai 10% erau biologic deficienţi. In grupa celor proveniţi din regiuni puternic industrializate, numai 46% erau în stare biologică mulţumitoare, iar 54% erau deficienţi. Se conchide că influenţa factorilor profesionali industriali devine, cu timpul, destul de nefavorabilă, micşorând validitatea profesională a muncitorului şi prin aceasta influenţând demografia.

4. *Factori culturali*

Gradul de cultură a populaţiei determină posibilităţile de educaţie igienică, iar aceasta, prin ridicarea nivelului biologic al colectivităţii respective, influenţează demografia ei în sens favorabil. Invers: scăderile de ordin cultural stau la baza multora din deficienţele demografice. Deficienţe de educaţie igienică a masselor, de educaţie sexuală, domestică, apoi lipsa de educaţie medico-socială a studentului în medicină şi a medicului, sunt cauze cari au contribuit şi contribue la înrăutăţirea situaţiei demografice.

In Statele Unite, s'a comparat mortalitatea infantilă la grupe de populaţie poloneză şi evreească, la cari fie resursele de existenţă materială, fie condiţiile de locuinţă şi de muncă ale părinţilor, erau identice. S'a constatat că mortalitatea infantilă era de 3 ori mai ridicată la Polonezi decât la Evrei. Cauza: faptul că mamele evreice frecventând mai des consultaţiile prenatale şi consultaţiile de sugari, devin mai bine instruite asupra normelor de puericultură (96).

La baza posibilităţilor de difuziune a culturii igienice stă însă gradul de ştiinţă de carte şi din acest punct de vedere situaţia este încă precară, pe glob. Dacă analfabetismul e redus la proporţia de 1% în Suedia, pe de altă parte se ridică chiar la 60—70% în unele ţări orientale (113). S'ar părea însă că proporţia se referă la epoca premergătoare intensei opere de culturalizare a masselor, ce s'a întreprins în ultimul timp în Rusia Asiatică, China, India, etc.

Mai persistă totuşi destule contraste, de ordin cultural, chiar în ţări evoluate. In Franţa, de pildă, se constatase în ultimul deceniu că deabia 2% din populaţia totală a absolvit şcoala secundară, iar în Statele Unite 5% ; în Suedia în schimb, 50%.

5. *Factori sanitari*

Situaţia demografică este în mod natural influenţată de stadiul de organizare sanitară a unei ţări. Deficienţele de organizare se traduc prin supra-mortalitate generală şi infantilă, morbiditate ridicată, validitate scăzută.

Scanned with OKEN Scanner

Ameliorarea situaţiei demografice rămâne funcţie de un număr de deziderate sanitare, din cari cele mai importante sunt următoarele: învăţământul şi difuziunea igienei individuale, în toate straturile populaţiei; organizarea şi înfăptuirea igienei publice, sub toate înfăţişările ei (asanarea oraşelor şi a satelor, ameliorarea politicii locuinţelor, controlul alimentar, descoperirea şi profilaxia bolilor contagioase, igiena muncii); protecţia sanitară şi economică a maternităţii şi a copilăriei; asistenţa şi reeducarea tuberculoşilor, venericilor, alcoolicilor, bolnavilor mintali, etc.; organizarea serviciului social; promovarea eugeniei.

6. *Factori morali*

In general, când la acţiunea factorilor economici se adaogă aspecte de decădere morală, caracteristice unora din păturile sărace, rezultă şi efecte demografice defavorabile asupra colectivităţii respective. Astfel, spre a cita un exemplu, proporţia mai mare de copii nelegitimi contribue la creşterea mortalităţii infantile.

Din statistica întocmită în Prusia pe anul 1925, rezultă că, la anumite pături sociale (muncitoare agricole, servitoare, chelneriţe, etc.), în măsura în care procentul de copii nelegitimi creşte, în aceeaşi măsură creşte şi mortalitatea din primul an al vieţii. Pentru întreaga Prusie, pe anul menţionat, mortalitatea sugarilor a fost de 10,4%. Ori, la păturile sociale amintite (servitoare, etc.), unde procentul de copii nelegitimi a variat între 90 şi 96%, mortalitatea sugarilor s'a urcat şi ea, oscilând între 16,9% şi 23,9% (114).

In legătură cu efectele factorilor de ordin moral asupra demografiei, mai sunt de menţionat anumite categorii de copii de vârstă preşcolară, lăsaţi fără supraveghere şi cari, fie că măresc mortalitatea preşcolară prin morbiditatea lor ridicată, fie că înrăutăţesc situaţia calitativă a populaţiei prin procentul de degeneraţi şi delicvenţi la cari dau naştere (115).

7. *Industrializarea şi urbanizarea*

Industrializarea atrage după sine adânci repercusiuni demografice. Prin opoziţie cu agricultura, industria poate absorbi o mare cifră de populaţie; centrele industriale absorb populaţie chiar dincolo de nevoile lor. Din această supraindustrializare rezultă însă multe dezavantaje sociale şi biologice, cu consecinţe asupra demografiei: îngrămădirea masselor de oameni într'un spaţiu mic, recrudescenţa bolilor sociale, deficienţe morale, în fine deficienţe născute prin „desrădăcinarea" populaţiei imigrate în oraşe.

Procesul de urbanizare şi industrializare este astăzi în plină

expansiune. In ţările occidentale, de mult proporţiile populaţiei urbane au atins cifre importante.

Deplasarea centrului de gravitate demografic spre oraşe, în special spre oraşele mari, reese din enumărarea de mai jos (116):

In Anglia	45,0 %	din	populaţie	trăeşte	în	oraşele mari
In Germania	30.2 %	„	„	„	„	„
In Statele-Unite	29.6 %	„	„	„	„	„
In Franţa	16,0 %	„	„	„	„	„
In Rusia	6.5 %	„	„	„	„	„
In Ţările Balcanice . .	3-6 %	„	„	„	„	„

Procesul de urbanizare s'a desfăşurat repede în cursul secolelor XIX şi XX. Germania ne oferă un exemplu. In 1871, încă 64%, deci două treimi din populaţie, reveniau mediului rural (localităţi cu mai puţin de 2000 locuitori). In 1933 situaţia s'a inversat: numai o treime din populaţie se afla în mediul rural, iar două treimi (67%) la oraşe (116). Deplasarea populaţiei rurale spre oraşe a creat cu timpul o stare de deficienţă biologică a grupelor de vârstă tinere de provenienţă rurală. In special femeilor tinere, viaţa de muncă industrială le reduce forţa organică, rezultând repercutări asupra sănătăţii lor şi a descendenţei. O adevărată „sângerare" a fost contribuţia populaţiei rurale, dela mijlocul secolului trecut încoace, la noua structură demografică rezultată din industrializare şi urbanizare.

Mortalitatea prin tuberculoză şi mortalitatea infantilă sunt în general mai ridicate la populaţia ce se urbanizează. Valoarea biologică a copiilor este adesea deficientă şi morbiditatea mai mare decât pe media populaţiei (117).

E de remarcat însă că efectele deficitare se resimt numai în prima fază a urbanizării şi industrializării. In multe state, unde organizarea socială şi medico-socială este problemă rezolvată, protecţiunea muncitorilor bărbaţi, femei, copii, le asigură o validitate mai crescută decât la ţară. Aşa se explică de ce în Anglia, Germania şi alte ţări industrializate mortalitatea infantilă şi morbiditatea în general rămân mai crescute în mediul rural decât în marile centre urbane.

Industrializarea şi urbanizarea exercită deci o acţiune demografică defavorabilă numai într'o primă fază. Considerată în desfăşurarea în timp, urbanizarea devine un fenomen necesar. Oraşele mari, cu densă aglomeraţie de populaţie, deşi întreţin primejdii biologice, psihologice, morale, demografice, etc., rămân realităţi foarte importante pentru demografie. De altfel, precum am văzut, în ţările Occidentului până la 50% şi chiar mai mult din populaţie trăeşte în marile oraşe, unde se formează şi pătura conducătoare în variate domenii.

Scanned with OKEN Scanner

Orașul mare capătă treptat un aspect demografic propriu, caracteristic. Se constitue grupuri de familii cari asigură o anumită continuitate și un grad de omogeneitate antropologică a populației, o anumită similitudine biologică. După unii autori, locuitorul orașului mare și în deosebi al orașului industrializat, ar căpăta „o constituție supraadăogată", fără a-și schimba totuși ansamblul constituției ereditare Genotipul se menține, dar fenotipul ar suferi modificări caracteristice (118).

8. *Mediul familial*

Unitatea pe care o constitue familia și configurarea acestei unități influențează dinamica populației ca și situația ei cantitativă.

Familia a fost puternică la începutul organizării societăților umane. In urmă însă, în unele epoci ale istoriei, a început să predomine individualismul. Astăzi legătura individului cu familia și integrarea lui în această unitate se intensifică din nou. Această tendință este expresiunea unei politici demografice dusă cu stăruință. Se învederează de altfel tot mai mult necesitatea, și în ordinea statistică, ca alături de numărătoarea indivizilor, să se întreprindă statistica familiilor: punerea în evidență a numărului, mărimii, structurii, prefacerilor de structură ale familiei, în decursul timpurilor, ca și în interiorul diverselor profesiuni și pături sociale (25).

Recensământul familiilor în Germania, în 1933, a dus la concluziuni importante pentru cunoașterea valorii biologice a familiei și pentru politica de corectare care se impune.

Acest recensământ a constatat existența a 14,1 milioane perechi, cari, din punct de vedere al numărului copiilor, se repartizau astfel (119):

0 copii	18.9 %	din	totalul	menajurilor	Reich-ului
1 copil	23.2 %	„	„	„	„
2 copii	19,8 %	„	„	„	„
3 copii	12,6 %	„	„	„	„
4 copii	7.9 %	„	„	„	„
5 sau mai mulți copii	16.9 %	„	„	„	„
necunoscut	0.7 %	„	„	„	„

Reese că aproape o cincime din totalitatea menajurilor erau fără copii; aproape o pătrime aveau numai câte un copil; o cincime aveau câte 2 copii și o optime câte 3. Ori, pentru ca să se menție subsistența demografică a unei națiuni, se admite că sunt necesari mai mult de 3 copii de fiecare menaj care nu este steril. Rezultă că 75% din totalitatea menajurilor existente în momentul recensământului se aflau

sub minimul de copii necesar menţinerii demografice a naţiunii şi numai un sfert prezentau numărul suficient de copii (4 şi mai mulţi).

Politica de corectare demografică, instaurată după 1933, a luat ca bază constatările de mai sus.

Valoarea nucleului familial pentru asigurarea unei dinamici prospere a populaţiei este astăzi pe deplin recunoscută.

9. *Fenomenul denatalităţii*

a. Generalitatea fenomenului

Denatalitatea constă în diminuarea, din ce în ce mai marcată, a naşterilor, într'o regiune anumită a globului, sau pe o naţiune sau o rasă; ea reprezintă în timpurile moderne un fenomen aproape general şi mişcarea demografică contimporană e în bună parte dominată de denatalitate. Intr'adevăr, între anii 1782 şi 1885, deci dealungul unui secol, natalitatea a scăzut cu 34% pentru Franţa şi deabia cu 4%—6% pentru celelalte state europene. Ori, în scurta perioadă dela începutul secolului al XX-lea şi până la izbucnirea războiului mondial din 1914, natalitatea scade cu încă 14% pentru Franţa şi cu 2%—5% pentru alte state europene. Dela 1905 până la 1913, natalitatea scade pentru Anglia dela 27,4‰ la 24,1‰, pentru Franţa dela 21,6‰ la 19,1‰, pentru Germania dela 34‰ la 27‰.

Dacă până la războiul din 1914 denatalitatea a urmat un mers oarecum mai lent, odată cu războiul şi mai ales cu epoca post-belică, denatalitatea prezintă intensificări brusce, Curba natalităţii pe intervalul 1914-1939 (120) ne arată că în Anglia, în 1918, natalitatea scăzuse la 17,7‰; în 1920 a urcat la 25,4‰; ulterior însă scade treptat, pentruca în 1927 să ajungă la 16,7‰, iar în 1939 la 15,3‰. In Franţa, în 1916, natalitatea ajunsese la 9,5‰; până spre 1920 ea creşte apreciabil, ajungând în acest ultim an la 21,3‰; ulterior scade, pentru a ajunge la 18,3‰ în 1929 şi la 14,6‰ în 1938. Germania a prezentat, după războiu, un bilanţ şi mai deficitar; e adevărat că dela 1919 la 1920 natalitatea ei crescuse dela 13,9‰ la 27,1‰; a urmat însă o scădere catastrofală, până la 14,7‰ în 1933. Ulterior, a survenit o redresare a natalităţii, graţie măsurilor noui de politică demografică. Nici Italia n'a fost scutită de fenomenul denatalităţii; în anul 1918 s'a înregistrat o natalitate de 18‰; în 1920 ea a urcat la 31,9‰, pentruca ulterior însă să scadă treptat până la 25,2‰ în 1929 şi apoi la 22,9‰ în 1937.

Scanned with OKEN Scanner

b) Cauzele denatalităţii

Complexul etiologic al denatalităţii este foarte vast. Păreri contradictorii se ciocnesc, iar ultimul cuvânt n'a fost încă spus. Aceasta rezultă şi din ancheta întreprinsă în Germania în anul 1934 (121).

Cauze de ordin psihologic, social, economic, biologic, îşi acumulează influenţa, pentru a provoca scăderea progresivă a numărului naşterilor.

α) Factori psihologici

Omul contimporan, din vestul Europei mai ales, nu vrea să aibă o descendenţă numeroasă, pentru că predomină concepţia raţionalistă asupra lumii şi a vieţii (122). Această concepţie trebue privită ca un efect al filozofiei materialiste, care face ca individul să se simtă distrus sufleteşte atunci când, din cauza numărului mai mare de copii, nu-şi poate satisface integral cerinţele vieţii, sporite considerabil azi. Individul vremii noastre este în general obsedat de un gând: să parvină, şi în special copilul său să urce mai sus decât el însuşi pe scara socială. Acest „impuls la ascensiune" ar fi una din explicaţiile limitării voluntare a naşterilor.

In strânsă legătură cu această mentalitate stă individualismul, care caracterizează în bună parte viaţa societăţii contimporane. Individul a avut până în ultimul timp o facultate nelimitată de liberă deciziune (121), iar tendinţa egoistă de a trăi cât mai comod, prin limitarea descendenţei, a predominat şi domină încă în multe ţări.

S'a modificat profund, la clasele superioare mai ales, însăşi atitudinea sufletească faţă de problema copiilor, ceeace face ca prolificitatea să apară ca o povară.

In cadrul factorilor psihologici trebue să punem şi scăderea sentimentului religios: porunca tuturor religiilor este supranatalitatea.

In fine, celibatul apare în bună parte ca un fenomen demografic cu rădăcini psihologice; impulsul la ascensiune, individualismul şi scăderea sentimentului religios au contribuit la creşterea numărului celibatarilor. In epoca imediat următoare războiului din 1914—18 proporţia căsătoriilor la 1000 locuitori a înregistrat urcări brusce: 19,0‰ în Franţa, în intervalul 1921—25, 18,8‰ în Germania, 15,4‰ în Anglia şi 15,2‰ în Rusia; ulterior însă, nupţialitatea începe să scadă progresiv, aşa încât în 1937 proporţiile erau: în Franţa 13,2‰, în Germania 12,8‰.

In discuţii în contradictoriu, care stărue încă, asupra rolului determinat al unora sau altora din factorii etiologici ai denatalităţii, s'au adus argumente convingătoare despre importanţa factorilor psihologici menţionaţi.

Scanned with OKEN Scanner

In Germania, procesul denatalității a început tocmai în epoca în care această țară se afla în culmea puterii sale economice și politice (124). Dela 37 născuți-vii la 1000 locuitori, în preajma anului 1875, s'a ajuns, în anul 1913, epocă de mare înflorire a Reichului, la 27,5 la 1000. Mai mult încă: e vorba de perioada în care urcarea salariilor a mers într'un ritm mai rapid decât ridicarea costului vieții. In timp ce venitul național a crescut, dela 1891 la 1911, cu 43%, cheltuelile de consumație nu au crescut decât cu 18,5‰ (125). Nu există în istoria economiei germane o a doua perioadă în care să se fi instalat o ameliorare atât de generală a condițiilor de viață, ca aceea dela mijlocul veacului al XIX-lea și până la isbucnirea războiului mondial din 1914. Totuși, denatalitatea a survenit și și-a urmat nestingherită cursul (126). Chiar dacă ne referim la epoca dintre sfârșitul inflației monetare și începutul crizei mondiale, constatăm că tocmai în păturile prolifice ale populației, fie că nici n'a survenit o înrăutățire a stării economice, fie că denatalitatea în tot cazul nu poate fi explicată prin ușoara înrăutățire a stării materiale. In primăvara anului 1926 salariul real al muncitorilor necalificați depășia salariul dinainte de războiu. Deci, *nu* s'ar putea invoca factorii economici ca o cauză de denatalitate.

Importanța factorilor psihologici reese și din statisticile natalității întocmite pe categorii profesionale. Pentru Germania, în epoca 1926—1935, se constată că, în fruntea prolificității stau agricultorii, cu media de 3,63 copii de fiecare menaj. In ordinea descrescândă a prolificității, vin apoi: meseriașii, salariații industriali și comerciali, funcționarii superiori, corpul didactic, ofițerii, medicii, avocații, artiștii și scriitorii. Este aci o scară ce corespunde destul de bine intensității cu care, la fiecare grup profesional, și-a făcut loc concepția psihologică dominantă a vremii, în problema natalității (127).

β) Factori sociologici

O parte din autori arată că prea s'a acordat multă importanță raționalismului contimporan, mentalității și psihologiei speciale a epocii, în explicarea fenomenului denatalității. Chiar netăgăduind rolul acestor factori, rămân de reală importanță alte elemente, derivând din structura și dinamica societății contimporane (128).

Astfel, o cauză socială foarte importantă a denatalității este progresiva industrializare și urbanizare. Infiltrarea progresivă a elementelor rurale la periferia orașelor, face ca, pe de o parte, lupta pentru existență să fie mai grea, iar pe de altă parte dorința confortului să fie mai crescută. Consecința este reducerea numărului copiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Urbanizarea ar reprezenta o îndepărtare a omului dela natură şi dela legile biologice cari comandă prolificitatea. Individul urbanizat e un desrădăcinat, care nu-şi mai găseşte echilibrul vital în forţele biologice ale lui, ale familiei şi spiţei (129).

Compoziţia pe clase sociale a populaţiei contimporane, joacă deasemenea rol în denatalitate. In ţările unde scăderea natalităţii a luat cele mai mari proporţii, dela începutul secolului al XX-lea, cea mai importantă parte a populaţiei se compune din indivizi cari trăesc exclusiv din produsul muncii lor. In Germania, de pildă, ei reprezintă 3/4 din populaţia globală. Dispare deci unul din motivele care întreţin deobicei dorinţa de perpetuare, adică existenţa de urmaşi asupra cărora să treacă averea acumulată în răstimp de generaţii. Muncitorul contimporan, manual sau intelectual, adesea nu are ce lăsa ca bunuri materiale în urma lui; dimpotrivă, familia implică pentru el un plus de sarcini şi de griji.

Compoziţia socială, cu predominenţa muncitorimii sărace, are şi o altă consecinţă. Pe măsură ce coborîm mai jos pe scara socială, partea din venit cheltuit pentru : locuinţă, îmbrăcăminte, cultură, devine tot mai greu de suportat în raport cu venitul total. Omul din massă nu-şi poate fixa, oricâte eforturi ar face, un nivel minimal al veniturilor, în interiorul căruia să poată da copiilor săi educaţia pe care ar dori-o. Deosebit de aceasta, dincolo de 40 de ani forţa productivă a muncitorului scade, sau, în cel mai bun caz, stagnează, tocmai în perioada în care copiii ultimi născuţi necesită cele mai mari cheltuieli.

Ca un factor sociologic al denatalităţii trebue considerat şi ceeace s'a numit „feminismul social". Femeea se consacră tot mai puţin rolului său firesc de mamă şi de conducătoare a gospodăriei.

Ascensiunea socială a unor grupe de populaţie este deasemenea îndeobşte un factor de denatalitate. O cercetare metodică şi amănuntită întreprinsă în Germania, asupra unui grup de foşti subofiţeri reangajaţi, cari ulterior străbătuseră o marcată ascensiune socială, a arătat la aceştia o diminuare a natalităţii. Pe când la părinţii lor procentul de familii numeroase, cu 4 copii şi mai mulţi, a fost de 77,6%, la grupul celor cercetaţi procentul de familii numeroase a scăzut la 28% (130).

γ) Factori economici

Complexul etiologic al denatalităţii este însă dominat de factorii de ordin material. Pe drept cuvânt s'a spus că denatalitatea echivalează cu „tendinţa la o viaţă materială fericită, cu un maxim de bu-

curie". Intrucât această tendinţă nu e excesivă, ea echivalează cu ridicarea standardului de viaţă, care trebue considerată ca o exigenţă logică. Deaceea stimularea natalităţii trebue să ţină seama de trebuinţele omului evoluat, protejând familia în toate cerinţele ei.

Satisfacerea acestor cerinţe devine însă dificilă, în primul rând din cauza situaţiei „spaţiului alimentar". Adesea există o disproporţie între cifra populaţiei şi posibilităţile de hrană ale acestei populaţii. Spre a se putea aprecia mai exact aceste posibilităţi, s'a recurs la noţiunea indexului producţiei agrare, înfăţişând producţia la hectar a speciilor vegetale mai importante din fiecare ţară. S'a constatat că există un paralelism destul de accentuat între indexul producţiei agrare şi coeficientul natalităţii în ţara respectivă (131). Ambele urcă şi scad concomitent. Acest paralelism este valabil şi pe perioade foarte lungi, chiar când se urmăreşte curba seculară a natalităţii şi a producţiei agrare.

Corelaţii interesante între natalitate şi starea economică au putut fi stabilite în Cehoslovacia. In perioada 1927—1930, perioadă de prosperitate economică, natalitatea a crescut cu 6,9%. In perioada 1931—1935, caracterizată prin criza economică generală, natalitatea a scăzut cu 14,1% (faţă de cea din 1930). S'a mai constatat că, faţă de perioada 1928—1932, în perioada 1933—1936 proporţia de al doilea copil (în aceeaş familie) a scăzut cu 5,1%. In ce priveşte naşterea unui al 3-lea şi al 4-lea copil, cifra acestor copii a scăzut vertiginos în perioada de criză economică şi aceasta prin contrast cu cifra nupţialităţii, care n'a variat decât prea puţin sub influenţa crizei economice (132).

δ) Factori biologici

Factori biologici şi patologici de cari este legată capacitatea de procreaţiune, ca: bolile ereditare, malformaţii genitale şi alte boli cu influenţă asupra reproducţiei, sunt deasemeni părtaşi la criza de natalitate.

Problema a fost studiată sub variate înfăţişări şi au fost deduse multiple concluzii. Fapte clinice şi experimentale ar confirma că aplicarea îndelungată a mijloacelor anticoncepţionale ar duce la inhibarea puterii generative a ovarelor, în cele din urmă distrugând-o (133).

Prolificitatea, într'un grup uman dat, ar fi în legătură cu puritatea rasială a acelui grup. Hibrizii se reproduc în măsură destul de mică în interiorul unui acelaş grup uman. Elementele cele mai pure din punct de vedere rasial ar fi şi cele mai prolifice (134). Un bun exemplu oferă Negrii din Statele Unite.

Scanned with OKEN Scanner

Unii autori consideră că la popoarele contimporane a slăbit însăşi forţa de a concepe şi de a procrea. Aceasta ar explica denatalitatea la femeea de azi, deşi instinctul maternităţii a rămas la ea tot atât de puternic ca şi în trecut (135).

Sunt însă un număr de fapte şi realităţi statistice de natură a infirma această susţinere. Printre ele, cea mai importantă este problema avorturilor provocate. In 1931 s'a arătat, pentru Germania, că proporţia avorturilor, din cari 96% erau provocate, ar reprezinta 50—60% faţă de numărul total al sarcinilor duse la termen (136). Cu alte cuvinte, la cifra de 1.125.000 naşteri cari s'au înregistrat în Germania în anul 1931, trebue să adăogăm 60% copii ce s'ar fi născut în plus, dacă nu intervenia avortul provocat. Rolul avortului ca factor de denatalitate este evident, pentru majoritatea ţărilor.

Din cercetările făcute asupra a 4200 cazuri de avort, tot în Germania, rezultă că cel mai mare număr de întreruperi ale sarcinei se produc cu prilejul primei sarcini; o altă parte din avorturi sunt executate între două sarcini duse la termen. Concluzia: capacitatea de procreaţie, la femeea modernă, este intactă, iar faptul că o bună parte din avorturi au loc între sarcina a doua şi a treia, denotă ferma hotărîre a majorităţii populaţiei de a nu se împovăra cu o familie numeroasă.

Avortul constitue un factor biologic de denatalitate, provocat la rândul său de o bună parte din complexul celorlalţi factori etiologici ai denatalităţii (economici, pshihologici, sociologici).

In ce priveşte factorii *patologici* cari provoacă sterilitatea şi deci intervin cu un anumit coeficient în etiologia denatalităţii, îi putem grupa astfel (137):

La bărbat: ectopie testiculară, hipospadias, impotenţă sexuală, excese sexuale, psihoze diverse, orchită consecutiv oreillonului, atrofie testiculară, orchiepididimită blenoragică (cauza a 50% din cazurile de sterilitate la bărbat).

La femee: absenţa ovarelor, atrezia ovarelor cu degenerescenţă sclerokistică, amenoree, aplazie uterină, imperforaţia himenului, ocluzia vaginală, deviaţii congenitale sau dobândite ale uterului, apoi diversele distrofii ereditare (tuberculoză, sifilis), în fine tumorile. Tumorile benigne (chiste şi fibroame) constitue obstacole la concepţiune, predispun la avorturi şi provoacă adesea distocii. Tumorile maligne suprimă funcţiunea maternităţii, fie prin distrucţia aparatului genital, fie prin consecinţele curei chirurgicale sau tratamentului radioterapic. Cea mai importantă cauză de sterilitate, şi la femee, rămâne blenoragia, care produce metrite acute şi cronice, precum şi salpingoovarite.

Scanned with OKEN Scanner

c. Argumente pentru şi contra denatalităţii

In faţa fenomenului denatalităţii şi a factorilor cari o determină, s'au luat două atitudini: unii doctrinari cred că trebue să se lase curs liber denatalităţii, alţii susţin — dimpotrivă — necesitatea favorizării natalităţii.

Argumente aduse în favoarea denatalităţii. Se susţine că natalitatea trebue să fie dirijată de realităţile sociale şi economice ale timpului (138). Naşterile trebuesc „raţionalizate" în acord cu aceste posibilităţi. Nu ar trebui să se lupte cu orice preţ contra denatalităţii, tocmai în epoca în care, odată cu desvoltarea considerabilă a maşinismului modern, s'a produs la un moment dat un şomaj fără precedent în istorie. Apare paradoxal şi fără răspundere ca aceiaşi oameni de conducere cari au făcut tot posibilul pentru ca omul să devină de prisos în faţa maşinii, să desfăşoare pe de altă parte sforţări uriaşe pentru a înmulţi genul uman.

Un al doilea argument ce s'a adus: fenomenul denatalităţii, concomitent cu scăderea mortalităţii, ar fi inseparabil de însuşi progresul biologic şi social. Pe scara fiinţelor, deci şi la grupele umane, fecunditatea diminuă pe măsură ce fiinţa capătă un grad superior de organizare *(Spencer)*. O statistică dinainte de război (139) arată că în Anglia, la 1000 bărbaţi căsătoriţi, sub 55 ani, pe când în pătura muncitorilor manuali cifra medie de copii era de 213, în pătura bogată era numai de 119 copii.

Tot pentru a se susţine principiul reducerii naşterilor s'a combătut afirmaţiunea că, acolo unde natalitatea e scăzută, selecţiunea nu ar mai putea să se facă destul de eficace, întru cât nu există „material uman" suficient. S'a arătat, între altele, că de pildă în Rusia şi în China, ţări cu natalitate considerabilă, procentul non-valorilor sociale (infirmi fizici, debili mintali, etc.) e mai ridicat decât în ţările Europei occidentale, cari au o natalitate redusă.

Argumente în favoarea stimulării natalităţii. Stimularea creşterii numerice este astăzi necesară tuturor popoarelor, pentru a putea face faţă luptei înverşunate care să dă în vederea dominaţiunii şi a expansiunii. Natalitatea apare ca o garanţie de vitalitate şi chiar ca o garanţie de existenţă a naţiunii.

Creşterea natalităţii se poate astăzi susţine fără temerea că ar surveni o rupere de echilibru între disponibilităţile de hrană ale globului pământesc şi cifra populaţiei. Populaţia pământului s'a dublat în răstimp de 100 ani, iar dela mijlocul secolului al XVIII-lea ea s'a

împătrit. Totuşi omenirea nu a suferit în acest timp de foamete. Chiar dacă vom admite că populaţia globului va continua să crească cu aceeaş intensitate ca până acum, ţinând seamă de întinderea enormă a suprafeţelor rămase încă necultivate, considerând deasemenea perfecţionările pe cari le poate încă atinge creşterea vitelor, pescuitul, etc., ţinând seama în general de progresele viitoare ştiinţifice în toate domeniile vieţii productive, se deduce uşor că teama de foamete este prematură şi nejustificată (138). Fenomenul economic cu adevărat defavorabil populaţiei este altul: repartiţia defectuoasă a bunurilor şi alimentelor între diversele ţări; în timp ce în unele state produsele alimentare sunt arse sau aruncate, în epoci de criză, în altele populaţia este expusă foametei.

Un argument important pentru stimularea natalităţii se deduce din repercutarea denatalităţii asupra economiei unei ţări. Atât producţia cât şi consumul se resimt, cu grave consecinţe.

Astfel, s'a arătat, pentru Franţa, că, dacă fecunditatea femeilor şi proporţia mortalităţii ar continua să rămână aceleaşi cari au fost în 1935, populaţia ţării în anul 1985 nu va fi decât de 34.231.000 locuitori. Foarte grave vor fi repercusiunile acestei stări de lucruri în domeniul economic. In primul rând faptul că în 1985 nu vor fi decât 2.576.000 copii faţă de 10.200.000 în 1935, va face ca cifra afacerilor reprezentând cheltueli cu întreţinerea, instrucţiunea, îngrijirea medicală a copiilor, să scadă cu 15 miliarde franci; în al doilea rând, consumul de alimente ar scădea cu 6.956.000 tone. In fine, valoarea pământului şi a producţiei agricole, acolo unde omul nu poate fi înlocuit în total de maşinism, ar suferi deasemeni scăderi mari, cu repercusiuni grave în industrie, comerţ, asigurări, precum şi asupra veniturilor statului (140).

d. Privire sintetică

Dintre factorii etiologici ai denatalităţii, cei *psihologici* nu pot fi tăgăduiţi, chiar atunci când rolul lor nu apare dintru început. Astfel, utilizarea pe scară întinsă a mijloacelor anticoncepţionale nu este, la rândul ei, decât expresia unei stări de fapt, cu rădăcini psihologice adânci în masse, şi anume: aprehensiunea generală faţă de un număr mai mare de copii. Se adaogă arivismul omului modern, tendinţa de a se înălţa cu orice preţ pe scara erarhiei sociale şi de a elimina cât mai mult eventualităţile neplăcute în viaţă. Metoda raţionalizării, aplicată la origine numai în domeniul economic, tinde să se exercite astăzi şi asupra consecinţelor economice ale procreaţiei.

In ultimă analiză s'ar părea că domină o nouă mentalitate, cu egoismul ei şi cu un cortegiu nesfârşit de dorinţi, cari se interpun între viaţa individului ca atare şi tendinţa de a avea o descendenţă numeroasă.

Scanned with OKEN Scanner

Factorii *sociologici* intervin la rândul lor. Autorii acordă o importanţă tot mai mare emancipării femeii, din punct de vedere material mai întâi, apoi din cel spiritual, fenomen constatabil în mediul urban, iar în Occident şi în cel rural.

Factorii *economici* stau adesea la baza denatalităţii; rolul lor este totuşi tăgăduit de unii *(Ungern-Sternberg)*, cari îşi bazează argumentarea pe faptul că fecunditatea evoluează în raport invers cu buna stare materială a păturii sociale respective; apoi, epocile de prosperitate economică influenţează în bine cifra nupţialităţii, dar nu stimulează întotdeauna natalitatea (141).

In ce priveşte factorii etiologici de natură *biologică*, nu toţi autorii admit inferioritatea fiziologică a omenirii care ar fi dus şi la o slăbire a instinctului de reproducere. Se argumentează că în ultima jumătate de secol, alături de denatalitate, se manifestă atâtea alte fenomene demografice, cari denotă tocmai un spor de vitalitate: scăderea mortalităţii generale, prelungirea duratei medii a vieţii şi, implicit, prelungirea perioadei de capacitate de reproducere (perioada de fecundaţie).

10. *Migraţiunile*

Un fenomen de natură a influenţa mişcarea populaţiei este cel al migraţiunilor de locuitori. Migraţiunile se produc în interiorul aceleiaşi ţări sau dela o ţară la alta. Intensitatea lor variază după epoci şi mai ales după conjuncturi sociale, politice, religioase şi economice.

a. Migraţiuni exterioare şi exodul

Migraţiunile exterioare sau emigrările reprezintă deplasări de populaţie dela o ţară la alta. Când procesul migraţiunii exterioare este la un maxim de intensitate, producând deplasări în massă, el se numeşte exod.

Migraţiunile exterioare în Europa au fost intense în deosebi în a doua jumătate a secolului trecut. In acest interval emigrările au luat astfel de proporţii, încât până la 1890 populaţia Europei pierduse, prin emigrare, 17,7 milioane oameni, reprezentând circa 10,5% din creşterea naturală a populaţiei în răstimpul amintit. Germania, dela 1871 până la 1885, pierduse prin emigrare 25% din excedentul său natural.

La sfârşitul secolului trecut, popoarele slave emigrau foarte puţin, însă împrejurările politice speciale de după războiu au provocat şi la ele puternice valuri emigratorii.

Dintre popoarele latine, Italienii dădeau, până la instalarea regi-

mului fascist, un mare contingent de emigranţi în alte continente; fenomenul a fost considerabil diminuat, în ultimele două decenii, prin politica socială a regimului.

Mersul emigrărilor din Italia a fost următorul (142).

In 1913 . . .	2463.7	emigranţi	la 100.000	locuit.
In 1920	1690.1	„	„	„
In 1921	520.0	„	„	„
In 1925	697.1	„	„	„
In 1926	652.9	„	„	„
In 1927	559.0	„	„	„
In 1928	444.4	„	„	„

In cifre absolute, numărul emigranţilor a fost de 614.000 în 1920. In anul 1933 el a scăzut la 55.000 şi în 1934 la 51.000.

Din punct de vedere biologic, emigrarea denotă în general vitalitate mare, cu tendinţă la expansiune. Totuşi, pentru naţiune rezultă o pierdere, pentru că cele mai adeseori emigrează elemente tinere, viguroase şi prolifice. Cauza cea mai frecventă a emigrării este cea economică. Intensitatea acestui fenomen demografic denotă aproape totdeauna un deficit economic al ţării de origină, tot aşa cum ţara receptoare este de obicei cu o situaţie economică mai prosperă, coexistând însă cu un deficit demografic. Ca exemplu pentru primul grup de ţări poate servi Italia, unde tendinţa de expansiune coexistă cu o situaţie economică puţin favorabilă, iar pentru al doilea grup este tipică Franţa, ţară mai bogată, dar a cărei situaţie demografică cantitativă e puţin favorabilă, dată fiind scăderea excedentului natural.

Mai există, în fine, un al 3-lea grup de ţări, printre cari şi România, unde fenomenele de emigraţiune sunt neînsemnate.

Exodurile. Exodurile reprezintă un maxim al procesului migraţiunii. Este vorba de deplasări în massă, provocate în general de evenimente excepţionale.

Sunt mai multe tipuri de exoduri: voluntare, forţate, locale, la distanţe mari, temporare, definitive, totale, parţiale.

Caracterizările exodului faţă de emigraţie se pot rezuma astfel (143): a) emigraţia este consecinţa unor fenomene fie permanente, fie periodice, pe când exodurile au drept cauză fenomene cu caracter excepţional; b) emigraţiile pot fi prevăzute până la un punct şi deci organizate, pe când exodurile nu; c) emigraţiile sunt deplasări în bună parte consimţite de populaţia respectivă, pe când exodurile decurg aproape constant fără sau împotriva voinţei interesaţilor; d) emigraţiile sunt deplasări de grupe mai mult sau mai puţin restrânse, pe când exodurile decurg în masse compacte; e) exodul are consecinţe grave prin perturbările pe cari le produce, atât asupra celor interesaţi, cât şi asupra ţării în care ei se refugiază.

Scanned with OKEN Scanner

Cauzele exodurilor ar putea fi sintetizate astfel: a) cauze *fizice* (cutremure, inundaţii, epidemii, cu alte cuvinte mari calamităţi); b) cauze *economice* (insuficienţa alimentelor, dezastre economice, foamete: cel mai puternic exod provocat de această cauză ar fi fost prima cruciadă, determinată de starea de mizerie totală a 300.000 ţărani din Flandra); c) cauze *politice* (persecuţii religioase, persecuţii politice, revoluţii, războaie, diferite consecinţe ale tratatelor de pace, schimburi de populaţie).

Urmările emigraţiunilor. Fenomenele de emigraţiune au variate înrîuriri: economice, sociale, demografice, igienice, asupra ţării receptoare.

Inrîuririle economice se manifestă prin crearea unor posibilităţi noi de muncă în agricultură şi industrie, precum şi prin investiţii masive de capitaluri.

In Palestina, unde până la 60% din populaţie, imigrată în ultimele decenii, este pătură muncitoare, s'au creat sute de colonii agricole, compoziţia profesională a populaţiei a devenit alta (în locul profesiunii de intermediar, predomină muncile productive), iar cifra capitalurilor investite de imigranţi în deceniul 1920—1929 a atins 45 milioane lire sterline (144).

Urmările sociale sunt deasemenea importante, căci, prin ascensiunea economică, cresc salarizarea şi nivelul de viaţă al băştinaşilor.

Consecinţele demografice se manifestă adesea prin modificări în structura pe grupe de vârstă a populaţiei. Acolo unde domină grupele tinere, asistăm la o creştere a natalităţii şi reducerea mortalităţii (145).

Consecinţe igienico-sociale, în fine, se manifestă atunci când populaţia imigrată e de un nivel de civilizaţie superior celui al autohtonilor.

b. Migraţiuni interioare

Fenomen cunoscut încă dela finele secolului trecut, migraţiunile interioare s'au intensificat mai ales după războiul din 1914—18, deoarece criza economică devenise acută în interiorul fiecărei ţări, iar continentul american stăvilise posibilităţile de migraţiune exterioară. In aceste împrejurări, diferenţa de potenţial economic dela o localitate la alta a stimulat dispoziţia la migraţiune pe care o au îndeosebi tinerii şi celibatarii, precum şi femeile (146).

Intensitatea migraţiunii interioare, între localităţile de plecare şi de sosire, se măsoară stabilind pentru fiecare din ele quantumul emigrare-imigrare, pe un anumit interval de timp ; cifrele astfel obţinute se raportează apoi la populaţia totală a localităţilor respective şi la densitatea ei. Cea mai precisă metodă de măsurare este însă

aplicată cu prilejul recensămintelor, când fiecare cetăţean este chestionat asupra locului său de naştere. Se fac apoi trei calcule : cifra celor născuţi în comuna în care locuesc acum, cifra celor născuţi în altă comună dar tot în ţară, cifra celor născuţi în străinătate. Pentru sesizarea fenomenului migraţiunii interioare, în adevărata lui însemnătate, trebuesc comparate rezultatele dela mai multe recensăminte consecutive, obţinându-se astfel o privire generală asupra desfăşurării fenomenului în timp (147).

Este de remarcat că migraţiunea interioară constitue un fenomen demografic reversibil, el încetând la un moment dat, când, sub înrîurirea economiei locale, migraţiunile iau sensul invers. Exemplul Statelor-Unite este concludent. Criza economică a provocat un curent migratoriu puternic dela oraşe spre fermele agricole. Pe măsură însă ce populaţia fermelor creşte, întinderea acestora devine mică. Adăogându-se împrejurarea că pământul e sărac, aproape 2/3 din familiile nou imigrate în mediul rural trebue să primească ajutor în alimente, îmbrăcăminte, etc., din partea guvernului federal.

Astfel fiind, direcţiunea migraţiunii interne se schimbă, dela ţară, spre oraş (148).

Migraţiunile interioare constitue un fenomen destul de răspândin în majoritatea ţărilor, precum ne arată următorul tablou (147).

SITUAŢIA MIGRAŢIUNILOR INTERIOARE ÎNTR'UN NUMĂR DE ŢĂRI

Ţări	*Anul*	*Băştinaşi la sută (loc. născuţi în com. în care domiciliază)*
Bulgaria	1926	76.4
România	1930	76.3
Italia	1931	76.0
Finlanda	2920	73.4
Polonia	1921	71.5
Norvegia	1930	63.3
Ungaria	1930	59.9
Belgia	1920	58.9
Cechoslovacia . .	1921	58.3
Estonia	1922	54.7
Suedia	1920	53.3
Letonia	1930	53.0
Luxemburg . . .	1930	51.1
Elveţia	1930	45.2

Migraţiunea interioară a atins deci, după ţări, un procent între 23,6% (Bulgaria) şi 54,8% (Elveţia), din populaţie.

In Germania, în decurs de 35 ani (1900—1935), s'au produs nu mai puţin de 315.000.000 migraţiuni interioare individuale (146).

In Ungaria, în anul 1920, 63,2% din populaţie era băştinaşă, („băştinaş" e luat aci în înţelesul de locuitor în comuna în care s'a născut). In anul 1930, în această situaţie nu se mai afla decât 59,9%

din populaţie. Deci, într'un deceniu, fiecare al 7-lea locuitor a emigrat din comuna de naştere.

In Austria, migraţiunea interioară dela ţară spre oraşe luase mari proporţii, atingând în 1934, aproape 50% din populaţia totală, cu alte cuvinte 50% din populaţie nu era născută în localitatea unde domicilia în momentul recensământului (149).

In Elveţia s'a putut vorbi de o adevărată „fugă" atât dela sate cât şi dela oraşe. In 1935, un număr de 7 localităţi nu aveau nici un singur băştinaş, născut deci în localitatea respectivă, In alte 6 localităţi, cu populaţia variind dela 5000 la 25.000 locuitori, procentul băştinaşilor de abia dacă varia între 5 şi 11%. In Berna, din 20 locuitori, abia unul era născut în acest oraş (150).

Anchete efectuate în Franţ u arătat că, în urma şomajului urban, imigrarea în mediul agricol a crescut (151).

In Statele-Unite, în epoca dinaintea crizei mondiale, progresele technice agricole au înlăturat o parte din mâna de lucru la ţară şi au provocat, la tineret, un puternic curent de emigraţie spre oraşe. Intr'adevăr, proporţia persoanelor utilizate în muncă în mediul rural, a scăzut dela 54% în 1870 la 21% în 1930. In deceniul 1920—1929 inclusiv, circa 19 milioane oameni au părăsit fermele. Odată cu începutul crizei mondiale curentul migratoriu a luat însă o altă direcţiune. Rezultatul a fost că numărul fermelor a crescut cu 500.000 în răstimp de 5 ani, iar 28% din şomerii plasaţi în muncă lucrau la ţară (148).

Cauzele principale ale migraţiunilor interioare rămân cele de ordin economic. Din partea celui ce se deplasează, există speranţa de a obţine, prin schimbarea de reşedinţă, o ameliorare a condiţiilor de existenţă şi, implicit, ascensiunea pe scara socială. Chiar atunci când, în aparenţă, migraţiunea este determinată de alţi factori, de exemplu persecuţii religioase, rasiale, etc., factorul hotărîtor este tot perspectiva de a obţine în altă localitate condiţiuni materiale mai favorabile.

Acolo unde migraţiunile interioare iau aspect de perpetuă deplasare, în Elveţia de exemplu, s'a invocat de unii marele număr al căilor de comunicaţie.

Urmările migraţiunilor, precum am văzut, nu întârzie a se manifesta tot în domeniul economic, provocând fenomenul de reversibilitate, printr'un curent migratoriu în sens invers (Statele-Unite). Dar consecinţele se manifestă şi în domeniul biologic şi demografic. S'a constatat că la populaţia migratorie criminalitatea este mai ridicată decât la cea stabilă. In al doilea rând, migraţiunile repetate înrîu-

resc destul de defavorabil natalitatea; între altele, celibatarii își schimbă des reședința, în speranță că vor atinge în fine, într'o localitate, un nivel de viață mai ridicat, iar aceste continue migrațiuni îi împiedecă să se căsătorească.

11. *Factorii mediului fizic*

Dinamismul demografic se resimte și de variațiunea fenomenelor climatice. Se afirmă chiar de unii că ciclurile de evoluție a popoarelor, de ascensiune și de declin, ar fi în legătură cu periodicitatea fenomenelor climatice, determinată la rândul ei mai ales de pulsațiile sistemului solar (152).

Relațiile dintre fenomenele demografice și factorii de climat au fost puse în evidență recent și prin progresele făcute de ramura științifică a meteoropatologiei (153)

Mersul epidemiilor, pe anotimpuri sau pe cicluri de ani, arată o dependență de factorii climatici. Pentru copii s'au stabilit 4 tipuri de curbe sezoniere ale bolilor: hiberno-vernal, estivo-autumnal, hibernal și estival (154).

Tipul hiberno-vernal prezintă un nivel ridicat al bolilor: pneumonie, pojar, oreillon, tuse convulsivă, în lunile Ianuarie, Februarie și Martie.

Tipul estivo-autumnal se caracterizează prin o curbă de frecvență ridicată a bolilor: febra tifoidă și febrele paratifoide, dizenteria, paralizia infantilă, în luna August.

Tipul hibernal: cu nivel maxim în Decembrie pentru difterie, scarlatină și amigdalite.

Tipul estival: lunile de vară, cu puternica acțiune a luminei solare, favorizează pelagra și câteva boli de piele; tot boli estivale sunt gastro-enteritele infantile.

Distribuția sezonieră a bolilor depinde de frig sau căldură, dar și de o serie de alți factori ai climatului, ca: presiunea barometrică, umiditatea aerului, electricitatea atmosferică, direcția și intensitatea vânturilor.

12. *Factori cu caracter de calamitate*

Războaiele au constituit din totdeauna o perioadă demografică cu caractere excepționale, în decursul căreia mortalitatea, nupțialitatea și natalitatea se îndepărtează mult de nivelul normal.

Se pot deosebi, în evoluția demografică legată de perioada de războiu, două faze: una destructivă, caracterizată prin creșterea puternică a mortalității și scăderea tot atât de apreciabilă a nupțialității și natalității; alta reparatoare, în care mortalitatea scade brusc, iar nupțialitatea și natalitatea urcă încă și mai brusc (155).

Scanned with OKEN Scanner

Războiul mondial din 1914—18 şi consecinţele lui : criza economică, foamete, epidemii, etc. au provocat 13 milioane decese la militari şi 29 milioane decese la civili, în total o mortalitate de 42 milioane, în cifre absolute.

Marea mortalitate în sexul masculin, provocată de război, are drept rezultat un dezechilibru numeric între sexe, ce se manifestă multă vreme prin predominenţa numărului femeilor asupra bărbaţilor.

Războiul mai are şi alte consecinţe asupra demografiei : o modificare în structura pe grupe de vârstă a populaţiei, o scădere a natalităţii de copii legitimi (156), o diminuare a fecundităţii în căsniciile de după război, din cauza vârstei relativ avansate a soţilor în momentul căsătoriei, a recăsătoririi văduvelor, a deosebirii de vârstă între soţi, etc.

C. Rezultatele biologice ale acţiunii mediului, în demografie

Acţiunea factorilor de mediu îşi are răsunetul în fenomenele primordiale cari caracterizează biologia colectivităţilor : natalitatea, longevitatea, mortalitatea şi morbiditatea. Aceste fenomene capătă variaţiuni şi diferenţieri sociale. Vom avea astfel o mortalitate socială, o validitate socială, o letalitate socială, etc.

Este important a urmări mai întâi inegalitatea fenomenelor biologice cari caracterizează pe omul normal dealungul evoluţiei sale. în cadrul grupului demografic : natalitate, validitate, longevitate. Vin apoi inegalităţile, tot condiţionate de mediu, ale fenomenelor caracteristice individului bolnav şi cari constitue morbiditatea.

1. *Acţiunea mediului asupra natalităţii, validităţii şi longevităţii*

a. Natalitatea socială

Incă din secolul al XVIII-lea, în Franţa, scăderea natalităţii era mai evidentă în păturile înstărite ale societăţii.

O statistică din Anglia, referitoare la natalitatea pe anii 1921—1923, arată că dacă se notează coeficientul natalităţii pe întreaga populaţie cu 100, atunci proporţiile natalităţii pe clase sociale devin (157); clasa independentă 70, clasa mijlocie 74, muncitorii calificaţi 100. muncitorii semicalificaţi 116 şi muncitorii necalificaţi 127.

In America s'a găsit un coeficient de natalitate de 89 la mie pentru femeile din păturile înstărite şi 174 la mie pentru femeile din celelalte clase sociale (158).

Scanned with OKEN Scanner

Deşi s'a susţinut de unii (159) că în perioada contimporană, clasele sociale inferioare (muncitorii), sub influenţa intelectualizării masselor şi a raţionalizării vieţii, îşi reduc natalitatea chiar la un nivel inferior celui al claselor avute, nu se poate însă tăgădui că există o variaţie invers proporţională a natalităţii în raport cu ascensiunea pe scara economică şi socială. Intr'o cercetare statistică asupra populaţiei rurale din Germania s'a constatat că, în interiorul chiar al acestei populaţii în general prolifice, natalitatea este mult mai redusă în grupele mai bine situate materialiceşte. Sunt chiar regiuni rurale bogate în Germania, unde natalitatea la ţărani este inferioară natalităţii la muncitorii industriali (160).

b. Validitatea socială

Scăderea capacităţii de valorificare în viaţa productivă, deci gradul de validitate, depinde în mare măsură de defectuoasa organizare a factorilor de mediu, inclusiv factorii igienico-sociali. Subvaliditatea începe să se manifeste din vârsta copilăriei. Acţiunea mediului defavorabil reese din vaste anchete întreprinse în unele ţări.

In anul 1930, o anchetă instituită în Statele Unite din iniţiativa preşedintelui Hoover a constatat că, din cei 45 milioane copii, 6 milioane se aflau în stare de subnutriţie, un milion prezentau deficienţă a limbajului, un milion suferiau de diverse cardiopatii, alte 2 milioane prezentau, în fine, diverse manifestări ale subvalidităţii fizice şi morale. In bună parte intervenise etiologic mediul deficitar.

In vârsta adultă, deasemenea se manifestă mari diferenţe de validitate, pricinuite de inegalitatea şi deficienţa condiţiilor de mediu. S'a constatat în Statele Unite că din 100 indivizi în aparenţă normali, cel mult 5 ar fi în stare de sănătate perfectă ; 25 îşi datoresc subvaliditatea factorilor de mediu, iar restul de 70, deşi îşi datorează subvaliditatea unei cauze medicale precise, devin recuperabili pentru societate tot în măsura în care se organizează factorii de mediu şi cei igienici (161).

S'au pus în paralelă, din punctul de vedere al validităţii sociale şi al gradului de organizare socială, două ţări situate la extreme. Belgia şi India. In Belgia, proporţia invalizilor propriu-zişi şi a celor incapabili de muncă nu depăşeşte 12,5%. In India, din 350 milioane locuitori, 150 milioane sunt bolnavi de ankilostomiază şi 100 milioane sunt paludici ; deci o proporţie considerabilă a populaţiei aproape complet anihilată din punctul de vedere al validităţii. Paralelismul cu organizaţia socială înapoiată este evident (162).

In Prusia, înainte de războiul din 1914—18, s'a constatat cu pri-

Scanned with OKEN Scanner

lejul recrutărilor că fiii salariaţilor din agricultură şi din industrie erau apţi pentru serviciul militar în proporţie pe jumătate mai redusă decât descendenţii părinţilor din clasele independente, deci aflători în mai bune condiţiuni sociale.

Peste 100.000 examene preventive, practicate de „Life Extension Institute", au arătat că simptomele de boală în general se întâlnesc mai rar în clasa independentă decât la celelalte pături sociale; în special muncitorii ar suferi de variate deficienţe (163).

c. Longevitatea în funcţie de mediu

Longevitatea sau durata medie a vieţii, probabilitatea pe care noul-născut o are de a ajunge până la o anumită vârstă, este adesea în funcţie de mediul social, într'un anumit loc şi într'o anumită perioadă istorică.

Insuşi faptul că longevitatea merge crescând cu cât ne apropiem de perioada contimporană, ne arată că durata medie a vieţii a crescut în măsura în care s'a făcut simţită, la diferitele popoare, acţiunea factorilor civilizatorii şi igienici, expresie a politicii sociale şi a îmbunătăţirii condiţiilor de viaţă.

La Geneva, longevitatea medie era de 21 ani în secolul al XVI-lea, se ridică la 26 ani în secolul al XVIII-lea şi a ajuns la 39 ani în prima jumătate a secolului al XIX-lea. In Anglia, între anii 1838—1854 durata medie de viaţă a fost de 41 ani, în deceniul 1871—1880 de 43 ani, între 1881—1890 era de 45 ani, între 1891—1900 era de 46 ani, în anul 1906 era de 50 ani, iar în 1911 de 53 ani. In Statele Unite, în 1880, durata medie a vieţii a fost de 49 ani, în 1910 de 51 ani şi în 1920 de 55 ani; în deceniul 1920—30 era de 60 ani.

Longevitatea în funcţie de mediul social se verifică nu numai urmărind un popor în timp, ci şi pe plan static, adică atunci când comparăm durata medie a vieţii la diferite popoare într'o aceeaş epocă. Reamintim că în decursul deceniului 1920—1930 longevitatea medie a fost în Egipt de 25 ani, în Japonia de 42 ani, în Rusia europeană 44 ani, în Polonia 46 ani, în Franţa 54 ani, în Germania 57 ani şi în Statele-Unite 60 ani. Durata medie a vieţii creşte în general cu perfecţionarea organizării sociale (164).

Comparând longevitatea medie după sexe, constatăm că durata medie a vieţii la femei depăşeşte pe cea a bărbaţilor. Alcoolismul, intensitatea mai mare a muncii şi nocivitatea factorilor profesionali la cari e expus bărbatul, explică aceasta. Este încă o dovadă a acţiunii mediului. Mai mult: la femei mortalitatea creşte în măsura în care ele îşi părăsesc căminul spre a se deda muncii în afară de domiciliu.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Acțiunea mediului asupra mortalității generale*

Mortalitatea generală prezintă strânse relații cu stratificarea socială, deci cu factorii de mediu. Unele observații făcute asupra epidemiilor de variolă, holeră, etc., din secolele trecute, au arătat că mortalitatea era mai mare în clasele sărace decât în cele înstărite. In epidemia de gripă spaniolă de după războiul 1914—1918 s'a constatat în Statele Unite că, pentru 100 decese prin această boală la bogați, au revenit 263 decese în clasele mizere (165).

Rolul determinantei sociale reese și atunci când, în interiorul aceleiași aglomerații urbane, comparăm mortalitatea pe cartiere. Procedându-se astfel pentru orașul Londra, s'a constatat că în circumscripțiile locuite de populația bogată mortalitatea a fost 10,4 la mia de locuitori în intervalul 1909—1913 și de 12,2 la mie în circumscripțiile mizere. Cercetările numeroase făcute la Berlin, Viena, Roma, New-York, etc., au arătat că în locuințele săracilor mortalitatea generală e până la de 6 ori mai mare decât în locuințele bogaților.

In anul 1865 s'a constatat, pentru orașul Providence, din Rhode-Island, că mortalitatea a fost de 10,8 la mie în sânul populației ce plătea dări și de 24,8‰ la populația scutită de impozitul pe venit (166). Statistica Angliei ne arată că, dacă se notează mortalitatea globală a populației între 20 și 65 ani, în intervalul 1921—23, cu coeficientul 100, mortalitatea pe clase este următoarea: 81,2 pentru clasa independentă, 94,2 pentru clasa mijlocie, 95,1 pentru muncitorii calificați, 100,7 pentru muncitorii semicalificați și 125,8 pentru muncitorii necalificați.

Influența mediului și a gradului de organizare asupra mortalității reese și când comparăm mortalitatea generală a unui număr de țări situate la nivele deosebite de civilizație. În anul 1933, mortalitatea a fost: 27,8 în Egipt, 18,7 în România, 16,9 în Iugoslavia și Grecia, 15,4 în Bulgaria, 13,7 în Italia, 12,5 în Anglia, 11,2 în Germania și 10,7 în Statele Unite (proporții la mia de locuitori).

Numeroase alte date statistice, vechi și noi, sunt de natură să dovedească relațiile între mediul social, igienă și cultură deoparte, evoluția mortalității de cealaltă parte.

Letalitatea socială. Proporția de decese față de cazurile de boală se poate deasemenea urmări în corelația ei cu factorii sociali.

La dispensarul din Neuköln (Berlin) s'a găsit că din tuberculoșii cu un venit mai mare de 5 mărci pe zi, unul singur a decedat în perioada de observație; pe de altă parte, 48,5% din decese au survenit la bolnavi cu un venit de 1—2 mărci, deși această grupă nu reprezintă decât 34,8 la sută din totalul bolnavilor (167). In orașul Viena, pe

intervalul 1891—1900, letalitatea prin difterie a fost de 2 ori mai mare în circumscripţia 5-a, săracă, decât în circumscripţia I-a, bogată; letalitatea prin scarlatină a fost de trei ori mai mare, cea prin tuse convulsivă de patru ori mai mare, iar cea de pojar a fost chiar de 20 ori mai mare în cartierul sărac (168).

Diferenţa de letalitate dela o pătură sociaăl la alta constitue ceeace s'a numit *indice de progres social.*

Mortinatalitatea. Mortinatalitatea constitue adesea expresiunea unor stări defavorabile ale mediului. In Tunis, în anul 1921, mortinatalitatea a fost de 4,6 suta de naşteri pentru Francezi, 4,7% pentru Evrei şi 9% pentru Musulmani, cari trăesc în condiţiile de mediu cele mai înapoiate. Mortinatalitatea ridicată a copiilor născuţi de fetele-mame trebue atribuită tot acţiunii defavorabile a mediului.

In România, mortinatalitatea ridicată din unele regiuni rurale se explică în bună parte prin deficienţe de mediu şi de organizare sanitară. Am arătat că în anul 1933, în satele României s'au înregistrat 10.487 naşteri asistate de medic, 182.697 naşteri asistate de moaşe cu diplomă, 306.930 de moaşe fără diplomă şi 27.277 naşteri fără nici un fel de asistenţă (169).

3. *Acţiunea mediului asupra mortalităţii pe grupe de vârstă*

Mortalitatea infantilă. In Bruxelles, în 1930, s'a înregistrat o mortalitate infantilă de 32,3 într'o circumscripţie bogată şi 113,4 în una săracă. In ancheta întreprinsă de „Biroul pentru protecţia copilăriei" din Statele Unite, luându-se 7 localităţi diferite, familiile au fost clasate numai după criteriul venitului anual al tatălui. Ori, fie că era vorba de părinţi născuţi în America, fie de imigranţi, fie de rasă albă ori de cea neagră, în mod constant mortalitatea infantilă la grupa cu venitul cel mai scăzut a fost de trei ori mai mare decât la grupa cu venitul cel mai ridicat (170).

In Anglia s'a întocmit o statistică asupra mortalităţii copiilor în raport cu numărul încăperilor din casa părintească. Faţă de o mortalitate de 94,8 la mie a copiilor între 0—5 ani, în familiile cari dispun de o singură cameră, se înregistrează o mortalitate de 79,3 în familiile cu 2 camere, 60,6 în familiile cu 3 şi 40,8 în cele cari dispun de 4 camere. Rolul factorului mediu este evident (171).

Mortalitatea în celelalte grupe de vârstă. Inrîurirea factorilor de mediu, în special a organizaţiilor de medicină preventivă, se manifestă la toate grupele de vârstă în ce priveşte coeficientul mortalităţii. Este instructivă comparaţia între Franţa şi Noua-Zelandă. In anul 1928 proporţiile de mortalitate pe grupe de vârstă, între cele două ţări, se prezentau astfel:

	Franţa	Nouă Zelandă								
0— 4 ani	27,4	10,4	decese	la	mia	de	indivizi	ai	grupei	respective
20—24 „	5,4	2,8	„	„	„	„	„	„	„	„
40—44 „	7,7	4,9	„	„	„	„	„	„	„	„
60—64 „	26,5	21,0	„	„	„	„	„	„	„	„
70—74 „	64,0	53,6	„	„	„	„	„	„	„	„
75—79 „	106,7	87,0	„	„	„	„	„	„	„	„

Se observă deci, pentru toate grupele de vârstă, o mortalitate mai scăzută în Noua Zelandă decât în Franţa, din cauza unei mai eficiente organizaţii de medicină preventivă în Noua Zelandă (172).

4. *Acţiunea mediului asupra morbidităţii*

Factorii mediului au exercitat din toate timpurile, cum exercită şi astăzi, o anumită acţiune asupra evoluţiei bolilor infecţioase. Scăderea, până la dispariţie, a marilor epidemii de altădată, constitue cel mai bun indiciu al acţiunii factorilor de mediu, de organizare sanitară şi de igienă. Ciuma, holera, variola, etc., contează aproape exclusiv ca amintiri ale trecutului; iar în ce priveşte variola, lepra, tifosul exantematic, turbarea, ele persistă astăzi în general în acele ţări unde organizarea sanitară şi ameliorarea factorilor de mediu sunt în deficienţă. Febra tifoidă, difteria, dizenteria, etc., şi-au micşorat frecvenţa în aceeaş măsură în care igiena, nivelul de viaţă şi organizarea sanitară au făcut progrese. Tuberculoza a mers în plină regresiune în statele industrializate şi urbanizate din Europa occidentală şi America de Nord (173). Din contra, în ţările unde majoritatea populaţiei este încă rurală, deci mediul e puţin evoluat, mortalitatea prin tuberculoză este încă relativ ridicată; ba chiar, cum e cazul pentru România, mortalitatea şi letalitatea prin tuberculoză merg crescând dela un an la altul, la sate (174).

Bolile primei vârste prezintă şi ele o evoluţie în strânsă legătură cu organizarea mediului social şi cu progresele civilizaţiei. Intr'o primă perioadă, între 1903 şi 1913, educaţia mamelor făcând mari progrese şi condiţiunile generale de viaţă îmbunătăţindu-se, morbiditatea şi mortalitatea sugarilor în general a înregistrat o scădere. In epoca 1914—1925, perfecţionându-se technica alimentaţiei sugarilor, technică devenită accesibilă mamelor din massă prin înmulţirea instituţiilor de asistenţă infantilă, morbiditatea prin gastro-enterite a coborît enorm. Intr'o a treia perioadă, recentă, a crescut morbiditatea prin broncho-pneumonii, din cauza unui factor economico-social: mizeria, şomajul, lipsa de combustibil şi îmbrăcăminte în familiile sărace (175).

In Statele-Unite divizându-se populaţia în 3 clase: persoane cari se bucură de oarecare confort, persoane limitate la strictul necesar

și săraciii, s'a constatat că pentru 100 cazuri de boală în prima clasă, revin 108 în cea de a 2-a și 112 în clasa III-a (176). Cercetându-se 50.000 muncitori din Carolina de sud, în anul 1917, s'a găsit că numărul zilelor de boală a fost: pentru muncitorii cu un venit săptămânal de 6,5 dolari și mai mult, 5,8; pentru muncitorii cu un venit săptămânal între 6,49 și 4,5 dolari, 7,8; pentru muncitorii cu un venit săptămânal sub 4,5 dolari 12,7 zile de boală (177).

Bolile cu deosebire caracteristice clasei sărace ar fi: bronșită, pneumonie, tuberculoză, cancer al regiunilor expuse (178), hernie, afecțiuni valvulare ale inimii, reumatism cronic, reumatism muscular, boli de piele, boli genitale la femee, avort și facere prematură, naștere patologică (179). La majoritatea acestor boli, expunerea la intemperii, acțiunea factorilor extrinseci iritanți, oboseala și surmenajul fizic, neîngrijirea la timp, toți factori derivând din acțiunea mediului, joacă rol important. Tot la bolile săracilor trebue să grupăm: scorbutul, pelagra, formele de anemie accentuată, rachitismul din cauza alimentației deficiente și a lipsei razelor solare; apoi tifosul exantematic, febra recurentă, trachomul.

Sunt unele boli ce bântue deopotrivă în toate păturile sociale, pentru că ele sunt favorizate de împrejurări de ordin general, caracteristice unei epoci. Cele mai importante din acest grup sunt bolile nervoase și mintale.

Dacă ne referim la evoluția viitoare a omenirii, se poate anticipa că mortalitatea, datorită progreselor neîncetate în ameliorarea factorilor de mediu, va ajunge la un coeficient minimal pe întreaga colectivitate. Ceeace va rămâne însă permanent și va servi la diferențierea claselor sociale, va fi morbiditatea socială.

VII. POLITICA POPULAȚIEI

A. Justificarea politicii demografice

Politica populației sau *politica demografică* însumează toate măsurile practice, prin cari se poate ajunge la sporirea cantitativă și la ameliorarea calitativă a unei colectivități.

Ceeace caracterizează politica demografică pentru dirijarea fenomenelor de populație în senzul cel mai favorabil este *intervenționismul*, în cadrul unui program prestabilit. Dirijarea fenomenelor de populație se face în sensul cel mai favorabil națiunii și omenirii, de către Stat, ca expresie a vieții colective și ca organism responsabil de evoluția populației.

Măsurile politicii demografice privesc atât biologia omului cât şi condiţiunile de mediu în care el se desvoltă. Aplicarea complexului de măsuri se face după diferite criterii, rezultate din cercetarea evoluţiei grupului, cele mai importante fiind acţiunea factorilor de depopulaţie şi de disgenie.

Depopularea este o puternică raţiune pentru orientarea unei politici demografice. Efectele economice consecutiv depopulării unei colectivităţi, a unei ţări, sunt grave, contrar aparenţelor. In măsura în care se instalează scăderea cantitativă, în aceeaş măsură se micşorează proporţia dintre elementul productiv şi cifra globală a populaţiei. Pătura producătoare scade în importanţă, dat fiind că, în timp ce profilicitatea massei sănătoase coboară progresiv, profificitatea păturii disgenicilor în grad mai intens sau mai uşor se menţine ridicată.

Lupta împotriva *mortalităţii infantile* apare justificată atât sub raportul biologic cât şi cel economic: se suprimă pe de o parte cheltuielile suportate inutil de colectivitate pentru copiii cari apoi sucombă şi pe de altă parte se creşte cifra popuaţiei tinere, productive. Mortalitatea infantilă pauperizează familia, deci naţiunea. Acelaş efect îl are denatalitatea.

Am văzut că micşorarea cifrei populaţiei prin denatalitate exercită un efect economic care ar părea paradoxal la prima vedere: intensifică şomajul. Un număr mare de copii în cadrul naţiunii, înseamnă număr mare de „unităţi consumatoare"; grupa de vârstă a copilăriei reprezintă perioada vieţii tipică din punct de vedere al consumului, căci ea se caracterizează exclusiv prin utilizarea produselor, fără ca la rândul ei să producă ceva. Ori, prin denatalitate, proporţia acestor unităţi exclusiv consumatoare faţă de restul populaţiei, scade apreciabil. Survenind totodată criza de supraproducţie, caracteristică epocii noastre, denatalitatea poate fi considerată ca una din cauzele principale ale persistenţei şomajului. Un exemplu al unui astfel de efect ne-a oferit Germania.

In 1933, populaţia infantilă a Germaniei era cu 9 milioane mai scăzută decât cea din ajunul războiului 1914—1918; pe de altă parte, seriile de copii născuţi în anii de prolificitate din timpul de după război atinseseră în ultimii ani vârsta productivităţii. Un profund desechilibru între producţie şi consumaţie s'a instalat. S'a produs o adevărată deplasare a centrului de gravitate a vieţii economice, dela consumul normal la subconsumaţie şi dela productivitatea adecuată nevoilor, la supraproducţie (180).

In general, în timpurile noastre, din cauza scăderii grave a natalităţii în unele ţări sau din nevoia de expansiune a altor state, se tinde spre o revenire la politica cantitativă sau demofilă, aşa cum s'a manifestat la unele popoare ale antichităţii.

Se găsesc astăzi multe popoare, după decenii sau secole, la o răspântie, când, după cercetări demografice, își orientează politica populației în sensul creșterii cantitative. Această reacțiune este un fenomen legat în parte de însuși caracterul epocii actuale, ce impune politica creșterii natalității pentru întărirea armatelor în scop de expansiune. Nu-i mai puțin adevărat însă, că politica ce se instaurează azi în scop demofilic ține seama de o totalitate de factori biologici și sociali.

A doua preocupare importantă în politica demografică este valorificarea *calitativă* a populației. Recensămintele eugenice au arătat proporția minus-valorilor, iar progresele științei eredității și metodale eugenice experimentale conduc astăzi la aplicarea unui program de purificare și selecționare calitativă a populației. Impotriva fenomenelor de disgenie se afirmă tot mai mult un plan eugenic. Această reacțiune a națiunilor apare ca un fenomen legitim, pentru că tinde către normalizarea descendenței și suprimă cheltuielile inutile ale elementelor valide obligate a întreține pe disgenici.

Depopularea reduce numeric valorile productive, iar diminuarea calitativă scade capacitatea economică a populației. Deaceea, *criteriul economic* apare ca o justificare imperioasă a politicii demografice. Programul acestei politici va căuta să sporească cifra globală a populației, va lua măsuri pentru a obține predominarea grupelor de vârstă tinere și va proteja populația validă pentru a crește capacitatea ei de producție.

Situația economică a asigurărilor sociale se resimte deasemnei ca o consecință a denatalității și preponderenței numerice a bătrânilor. Asigurarea de boală, ca și pensiile de invaliditate, vor avea sarcinile crescute; numărul bolnavilor sporește la vârstele înaintate, iar rentele de invaliditate vor fi cu atât mai mari cu cât grupa de vârstă înaintată va fi mai numeroasă. Situațiunea se agravează și prin faptul că cifra cotizațiilor va scădea sau va rămâne staționară ca urmare a denatalității. O politică de prevedere în asigurări va trebui să favorizeze natalitatea, pentru a menține un echilibru între grupele de vârstă.

Promovarea celor două principii de bază ale politicii demografice, demofilia și eugenia, se realizează printr'un program de creștere cantitativă și corectări calitative, dimpreună cu complexul măsurilor sociale, economice și educative. Organizarea acestei politici dirijate revine *Statului*. Politica demografică nu are câmp de lucru internațional decât în problema migrațiunilor ; o cooperare între națiuni trebue să asigure echilibrul în deplasările de populație dela o țară la alta și să protejeze valorile biologice, sociale și naționale.

Scanned with OKEN Scanner

Politica populaţiei rămâne însă o problemă eminamente naţională şi cu desfăşurare în interiorul grupului etnic. Astfel au procedat popoarele antice şi după acelaş principiu se conduc statele moderne. Din secolul al XVII-lea, începând cu *Graunt* (1620—1674) şi continuând cu diverse personalităţi, demografia şi-a sistematizat metodele. *Süssmilch, Malthus, Quételet, Le Play,* în secolele XVIII şi XIX, au evidenţiat fenomene demografice şi au arătat rolul Statului în îndrumarea politicii populaţiei. Sub raportul calitativ, odată cu *Galton,* s'a iniţiat politica eugenică dirijată. Astăzi mai mult ca în timpurile trecute, politica populaţiei este o preocupare a Statului, atât sub raportul numeric cât şi sub cel calitativ, înlăuntrul spaţiului etnic.

Intre cele două acţiuni: de politică cantitativă şi de dirijare calitativă, nu se face distincţie atunci când se urmăreşte redresarea demografică. Amebele opere se complectează. Totuşi, examenul retrospectiv al evoluţiei populaţiilor şi naţiunilor ne arată că în cursul istoriei a predominat una sau cealaltă din tendinţe. In general, după o tendinţă demofilă urmează una eugenică. Principiile politicii demografice moderne caută însă să promoveze deopotrivă demofilia şi eugenia.

B. Politica demofilă

1. *Evoluţia cantitativă a populaţiei*

Populaţia globului a crescut neîntrerupt. In mai puţin de trei secole ea s'a împătrit. Dela 1650 până azi cifra globală a populaţiei pământului a evoluat astfel:

Anul	*Cifre absolute*
1650	465 milioane
1750	660 „
1800	837 „
1850	1098 „
1900	1551 „
1929	1820 „
1935	2080 „

Dacă notăm cifra de 465 milioane suflete din 1650 cu coeficientul 100, atunci coeficienţii ulteriori devin: 142 în anul 1750, 180 în anul 1800, 237 în 1851, 340 în anul 1929 şi 448 în 1935.

Populaţia pe continente este distribuită astfel: Africa 137—165 milioane locuitori, Asia 960—1020 milioane, America 250—280 milioane, Oceania 10—11 milioane şi Europa 522—542 milioane locuitori (dela 265 milioane în 1850).

După rase, populaţia globului se împarte astfel: rasa albă (cuprinzând şi cele 163 milioane Ruşi, din cari o parte sunt rase asiatice).

Scanned with OKEN Scanner

678 milioane; rasa galbenă avea în 1933 cifra de 700 milioane, iar Negrii, Metişii, Indienii şi Malaezii însumează la un loc 702 milioane suflete (181).

Aspectul contimporan demografic al Europei înfăţişează o criză a populaţiei. Deşi în câteva state din centrul şi Occidentul Europei se duce o nouă politică de demofilie, criza se menţine. După unii ea ar avea explicaţia într'un „pericol de suprapopulare" (182).

Câteva aspecte caracteristice de criză demografică găsim în Anglia. Mai întâi, o urbanizare excesivă a claselor rurale (populaţia satelor nu reprezintă decât 7% din populaţia ţării, cel mai redus procent de populaţie rurală din ţările Europei). Apoi, în Anglia este cu deosebire accentuat fenomenul îmbătrânirii în structura pe grupe de vârstă a populaţiei. Se adaogă, în fine, intensa propagandă de limitare a naşterilor întreprinsă de „Birth control league". Rezultatul: faţă de o natalitate de 36 la mia de locuitori în deceniul 1871—1880, natalitatea n'a fost decât de 15,3 la mie în 1932 (cu 2 puncte mai puţin chiar decât în Franţa).

Şi pentru continentul american se înregistrează fenomene de criză demografică. Probabil că a jucat rol şi limitarea imigrărilor. Fapt este că, în Statele-Unite, faţă de media excedentului natural de 25,5‰ în deceniul 1881—1890, nu s'a mai înregistrat decât un excedent de 16,1‰ în deceniul 1921—1930. Tot în America, la rasa neagră şi la cea indiană, natalitatea este superioară celei de la rasa albă.

Se semnalează, pe drept cuvânt, că această criză, expresiune a denatalităţii, creiază o criză economică, explicată prin subconsumaţie. Intr'adevăr, când populaţia sporeşte, creşte şi producţia. Dacă în timp de un secol populaţia Angliei a crescut dela 18 milioane la 45 milioane, în acelaş timp bogăţia naţională a trecut dela 45 miliarde aur la 450 miliarde aur. O anchetă efectuată de Societatea Naţiunilor a arătat că, pentru perioada 1913—1926, la un spor de populaţie de 4%, creşterea producţiei nu a mai fost decât de 11%.

Menţionăm că fenomenul de criză demografică ar fi după unii un fenomen de „maturitate biologică"; astfel ar fi, după *R. Pearl*, cazul poporului francez (183).

Variaţiile în evoluţia cantitativă a populaţiilor şi crizele demografice consecutive trebuesc privite şi sub perspectiva istorică mai vastă. Trebuesc urmărite fazele principale ale istoriei omenirii.

In epoca preistorică prolificitatea era redusă; flagelele şi epidemiile decimau populaţia. Referindu-ne la antichitatea greacă, putem

spune că politica cantitativă a fost predominată de preocupări calitative, deci eugenice. Metoda folosită în Sparta pentru selecționarea biologică este un exemplu în această privință. O politică de demografie pur cantitativă a fost dusă de Romani, în epoca de apogeu a imperialismului.

Instalarea fenomenelor de regresiune cantitativă și calitativă a populației explică dispariția unor state vechi ca: Egiptul, Babilon, Grecia antică, Roma. In cursul depopulării progresive aceste state au încercat în parte o politică demofilă, dar ea a înregistrat un eșec. Explicația acestei nereușite: o redresare demografică nu se poate obține decât prin revoluționarea totală a concepțiilor asupra nevoilor vitale ale poporului și printr'o organizare centralizată care să înglobeze toate manifestările vieții colective și deci să poată opri regresul demografic (184).

Trecând la Evul Mediu, constatăm o natalitate relativ mulțumitoare; aceasta nu în virtutea vreunei politici demografice conștiente, ci din simplul motiv că religia creștină stăpânind necontestat toate spiritele, interzicea avortul și infanticidul. Natalitatea mulțumitoare a acestei epoci nu a putut însă asigura creșterea populației, pentrucă efectele bune ale prolificității erau în bună parte anulate de marile calamități, epidemii, războaie, etc., cari au decimat în massă populațiile Evului Mediu.

Am putea conchide că, de fapt, din cele mai vechi timpuri ale existenței omului pe pământ și până spre sfârșitul Evului Mediu, tendința cantitativă sau demofilică, în evoluția populațiilor, s'a manifestat destul de slab.

Trebue să ajungem la perioada modernă pentru ca, odată cu individualizarea statelor și cu afirmarea sentimentului național, să se manifeste, în doctrină ca și în practică, politica de stimulare cantitativă a populației. Această politică demofilă apare ca un corolar al necesității de auto-determinare și de auto-menținere în concurența dintre popoare, precum și ca una din căile cele mai puternice de expansiune (teritorială, culturală, etc.). Așa se explică dece la începutul acestei epoci nu s'a ținut seamă de calitatea biologică a indivizilor, ci numai de numărul lor.

Această stare de spirit o evidențiază cugetătorii timpului. *Süssmilch*, cunoscutul igienist, spune că „prosperitatea unui popor este proporțională cu numărul său", iar *Montesquieu*, evidențiând obiectivele de expansiune și de cucerire ale epocii, afirmă că „puterea unei națiuni depinde de numărul oamenilor pe cari ea poate să-i

pună la un moment dat în linia de bătaie". In fine, *Blüntschli* întăreşte această ideologie când spune: „oamenii, mai mult decât teritoriul, alcătuesc adevărata putere a unui stat".

Odată cu secolul al XIX-lea au intervenit trei mari factori, cari au stimulat tendinţele pur cantitative în mişcarea populaţiei: revoluţia industrială; progresele medicinei şi ale igienei; desvoltarea umanitarismului şi a civilizaţiei. Secolul al XIX-lea este acel în care omenirea a prezentat cea mai intensă înmulţire; în timp ce populaţia globului nu a crescut, din epoca preistorică până la 1800, decât până la cifra de 850 milioane, după această dată creşterea a fost în medie de 9.430.000 suflete pe an, iar dacă ne referim numai la perioada 1930—1939, creşterea anuală este de 25 milioane (în 1939 populaţia globului a fost estimată la 2.170.000.000 suflete).

2. *Principii de politică demofilă sau cantitativă*

Combaterea denatalităţii stă la baza politicii demofile; dar de o valoarea similară este şi problema *reducerii mortalităţii*. Această a doua metodă este chiar mai realizabilă şi cu un rezultat mai sigur, graţie programelor de igienă şi politică socială pe cari le putem aplica. Folosind una sau alta din metode, rezultatul trebue să fie creşterea excedentului natural. Din acest punct de vedere statele se grupează în două categorii. Olanda, Noua Zelandă, etc., cu toate că au o denatalitate accentuată, se prezintă cu un excedent natural al populaţiilor respective, aceasta datorită gradului avansat de organizare care produce o scădere a mortalităţii ce contrabalansează efectul demografic defavorabil al denatalităţii.

Nivelul cultural şi igienic ridicat conduce însă totodată la trezirea conştiinţei colective şi a responsabilităţii individului faţă de sine însuşi şi faţă de mediul social. Individul supune unui criticism mai exigent condiţiile sale de viaţă şi, stabilind corelaţia dintre posibilităţi materiale şi sarcinile familiei, este condus la a-şi limita natalitatea din spirit de auto-protecţie. Scăderea mortalităţii reprezintă un fenomen biologic drept rezultat al ameliorării organizării colective, în timp ce scăderea natalităţii este expresiunea unei exagerate conştiinţe de răspundere a individului.

In ţările cu civilizaţie înaintată, scăderea mortalităţii este, cum am văzut, atât de accentuată, încât contrabalansează efectul defavorabil demografic rezultat din micşorarea extraordinară a natalităţii; aşa ne explicăm dece multe ţări occidentale continuă să-şi păstreze un anumit excedent natural al populaţiei. Aceste ţări realizează idea-

lul demografic, printr'o natalitate mijlocie şi o mortalitate foarte scăzută.

O altă categorie de ţări, ca Rusia, Bulgaria, România, etc., au atât natalitatea cât şi mortalitatea foarte ridicate. Rezultatul demografic final este asemănător cu al ţărilor cu natalitatea redusă. Dacă însă judecăm nu numai numericeşte, ci şi calitativ, plasându-ne totodată şi din punctul de vedere al economiei naţionale, situaţia apare mai dezavantajoasă pentru aceste din urmă ţări. Intr'adevăr, mortalitatea lor ridicată alterează valoarea biologică a naţiunii şi duce la dispariţia prematură a unui număr mare de forţe din câmpul producţiei. Dacă natalitatea ridicată e un fenomen demografic favorabil, situaţia în totalul ei este deficientă: o mare pierdere de vieţi denotă o biologie nedirijată şi o lipsă de control şi de organizare a factorilor sociali şi igienici. La acestea mai trebuesc adăogate pierderile economice rezultate din morbiditatea şi mortalitatea ridicate.

Iată deci două căi pe cari, cu toate că se obţine excedent de populaţie, jocul celor doi factori (natalitate-mortalitate) este profund deosebit dela una la alta.

Un alt principiu al politicii demografice este dirijarea *migraţiunilor* în concordanţă cu interesele naţiunii respective. Ţările de veche cultură şi cu evoluţie cantitativă demografică favorabilă îşi pot îngădui emigrări de masse apreciabile de oameni, expansiuni extrateritoriale, pe când altele, cari au mortalitatea încă ridicată şi deci un spor cantitativ relativ puţin mulţumitor, se vor opune emigrărilor. Atlfel, s'ar provoca goluri cari ar aspira valuri de imigraţie, ce aduc cu sine toate dezavantajele biologice, economice şi politice legate de acest fenomen.

In fine, politica demofilă nu va putea ignora factori secundari, ca: gradul de cultură, starea economică, spaţiul teritorial şi standardul de viaţă.

Natalitatea demografică minimă rezultă din calculul procentului necesar pentru menţinerea organismului naţional. Cu toate că nu poate fi vorba de un minim standardizat, uniform pentru toate ţările, unele norme pot servi ca orientare utilă (185).

O natalitate de 20 la 1000 locuitori ar fi cea mai mulţumitoare, atât din punct de vedere social cât şi naţional şi eugenic. Calculul este următorul: durata medie a vieţii, la popoarele civilizate ale Europei, este de 50 ani; considerând la această medie de viaţă o populaţie cu repartiţia obişnuită între diversele grupe de vârstă şi eliminând factorul migraţiune, mortalitatea se poate evalua la 20 la mie; deci o natalitate de 20 la mie va reuşi să menţină nemodificată cifra populaţiei.

Un alt calcul precizează cifra copiilor, pe cari ar trebui să-i nască fiecare femee măritată, în modul următor: un copil ca înlocuitor al mamei, 0,3 pentru înlocuirea deceselor survenite înainte de perioada prolificităţii optime, 0,25 ca suplinire a deficienţei din partea celibatarilor, 0,12 ca suplinire a deficienţei provocată de menajurile bolnave, în total deci 1,67 copii. Cifra trebue însă dublată, căci e vorba de înlocuirea şi a indivizilor de sex masculin. Cu alte cuvinte, 3,34 copii de fiecare femee. De menţionat că, la această cifră, se menţine numai statu-quo al populaţiei, neputând fi vorba de o creştere dealungul anilor.

Teoriile lui Malthus şi neomalthusianismul. *Thomas Robert Malthus* (1766—1834), economist englez şi profesor de istorie modernă şi economie politică la East India Company's College (Haileybury), a emis în lucrarea sa „An essay on the principle of population as it affects the future improvement of society, with remarks on the speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet and other writers", apărută în prima ediţie în 1798, o serie de teorii din cele mai importante asupra relaţiilor dintre cifra populaţiei şi mijloacele de existenţă de care dispune această populaţie.

Malhus a aprofundat şi a dat o formă ştiinţifică unor idei cari preocupaseră mai înainte pe mulţi gânditori, începând cu cei ai antichităţii (*Aristotel:* „cetăţenii nu pot fi lăsaţi să se înmulţească fără sfârşit"). Problema limitei până la care poate merge o politică demofilă nu s'a pus însă cu tărie decât în secolul al XVIII-lea, când conducătorii statelor au căutat să promoveze creşterea cantitativă a populaţiei spre a întări puterea economică şi politică a popoarelor. Cu multă energie a fost urmărită această tendinţă de către omul de stat englez *Pitt* (finele secolului XVIII).

In perioada 1760—1770 industrializarea a luat în Anglia un mare avânt şi populaţia a început a se înmulţi într'o măsură mult mai apreciabilă decât înainte. Tot sub influenţa industrializării însă, capitalul acumulându-se în mâinile unui număr restrâns de indivizi, massele populaţiei sărăcesc, se proletarizează. Apare evidentă discordanţa între creşterea populaţiei şi mijloacele reduse de existenţă cari îi stau la îndemână.

In momentul în care cugetătorii şi economiştii erau ocupaţi cu această problemă, apare lucrarea lui *Malthus*. In a doua ei ediţie, în 1803 („An essay of the principle of population or a view of its past and present effects on human happiness; with an enquiry into our prospects respecting the future removal or mitigation of the evils which its

occasions"), *Malthus* susţine că progresul omenirii ar fi împiedecat de o singură cauză: tendinţa constantă de a se înmulţi mai mai mult decât o îngădue cantitatea de hrană pe care poate să şi-o procure. Un grup anumit de populaţie, dacă nu este oprit de vreun obstacol, şi-ar dubla cifra la fiecare 25 de ani, aşa încât creşterea populaţiei se face în progresiune geometrică. Pe de altă parte, mijloacele de existenţă, chiar în condiţiunile cele mai favorabile, nu pot spori decât în progresiune aritmetică.

In mod normal, recunoaşte *Malthus,* acest dezechilibru este atenuat prin factorii biologici nocivi, precum bolile profesionale, mortalitatea infantilă, epidemii, etc., cari scurtează durata medie a vieţii omului. Oricum însă, dacă nu se stăvilesc instinctele cari îndeamnă la procreaţie fără limită, se va instala mizeria colectivităţii. Acesta este un punct important al concluziilor lui *Malthus.*

Teoriile acestui autor au avut, în decursul timpurilor, adversari şi partizani.

Doctrinarii socialişti ai secolului trecut au fost adversari hotăriţi ai vederilor lui *Maihus* (186). Ei au arătat că ceea ce joacă rol în problemele demografice este repartiţia beneficiilor din producţie. Capitalul, care se acumulează în mâinile câtorva, creşte mereu, în timp ce piaţa muncii diminuă. Scăderea retribuţiei muncii are de rezultat proletarizarea masselor.

Teoria lui *Malthus* a avut însă şi partizani înfocaţi : *I. B. Say,* care atribue fenomenul emigraţiei lipsei disponibilităţilor de hrană (187); *Quétrelet,* care recunoaşte creşterea populaţiei în progresie geometrică (188); *Darwin,* care pune la baza selecţiei biologice lupta pentru existenţă (189), toţi admit ca juste vederile lui *Malthus.*

Intr'o privire critică, d. prof. *A. C. Cuza* (190) arată că *Malthus* a exprimat un fond de idei adevărate, însă într'o formă greşită. Este adevărat că populaţia e limitată în creşterea ei de mijloacele de existenţă şi că sporirea productelor pământului nu poate merge la infinit; dar discordanţa între cifra populaţiei şi posibilităţile de hrană nu poate fi pusă în formule matematice

Alţi autori, recunoscând deasemenea justeţea afirmaţiei că populaţia se înmulţeşte peste limitele indicate de posibilităţile economice şi de organizare a societăţii, relevă însă că *Malthus* n'a ţinut seama de factorul cultură. Acest factor de propăşire face ca omul să înlăture de multe ori dificultăţile economice cari îi stau în cale. *Malthus* a făcut greşala de a aplica integral la om deducţiuni cari se pot verifica în mod absolut doar la animale şi la plante (191).

Mai este de menţionat că unele din enunţările lui *Malthus* au fost greşit interpretate ulterior. In scopul limitării cifrei populaţiei, *Malthus* recomandase eventuala abstinenţă sexuală înainte de căsătorie (moral restraint) şi celibatul (prudential restraint), fără a stărui prea mult asupra acestor mijloace. După moartea lui *Malthus,* s'a preconizat însă împiedecarea artificială a procreaţiei prin mijloace anticoncepţionale. Astfel s'a născut mişcarea neomalthusiană, care în realitate n'are nimic deaface cu teoriile lui *Malthus.*

Recent, teoria lui *Malthus* a trezit din nou, în părţile ei valabile,

Scanned with OKEN Scanner

interesul în demografie. Unii autori (192) arată că, referindu-ne la un anumit grup de populaţie, aceasta creşte rapid numericeşte în epocile de prosperitate economică şi mult mai încet în epocile de criză; apoi, când populaţia ajunge la un apogeu de creştere, excedentul ar fi moderat de anumiţi factori externi cari intervin, precum: mizeria masselor, epidemii, războaie, limitarea voluntară a natalităţii.

Malthus a preconizat o serie de măsuri cari, azi cu deosebire, îşi vădesc utilitatea. In primul rând vin lucrările de utilitate publică, şosele, poduri, căi ferate, canale, îmbunătăţiri agricole de orice natură, menite să îmbunătăţească starea economică a masselor şi deci situaţia demografică.

3. *Măsuri practice demografice pentru creşterea populaţiei*

Pentru a realiza o politică demofilă trebue ca măsurile să ţie permanent seama de realităţi şi de posibilităţile practice de înfăptuire. O întreagă serie de măsuri, aplicate în diverse ţări, şi-au dovedit eficacitatea (193). Acestea se pot grupa în mai multe categorii.

a) *Ajutoare pentru încurajarea familiilor numeroase.* Premiile acordate, de exemplu, pentru naşterea fiecărui copil dela al 3-lea înainte — premii de natalitate — aduc un ajutor real în susţinerea cheltuelilor de facere, lăuzie, etc. Astfel de premii se distribue în numeroase departamente ale Franţei. O intensificare a ajutoarelor a fost însă realizată printr'o politică naţională de încurajare, sistematizată, a familiilor numeroase. Alocaţii familiale în raport cu numărul copiilor, reduceri de impozite directe şi succesorale după acelaş criteriu, un anumit sistem de calculare a pensiilor de accident şi bătrâneţe în favoarea capilor de familii numeroase, o anumită organizare a pieţei muncii şi a politicii locuinţelor după numărul copiilor, sunt elementele principale ale unei astfel de încurajări. Pentru aplicarea acestor măsuri, în Franţa s'au decretat o serie de legi (193).

Acordarea de alocaţii lunare capilor de familii numeroase, cari nu au resurse suficiente. (Legea franceză din 14 Iulie 1913).

Incurajarea naţională a familiilor numeroase, instituită sub forma de alocaţie. Legiferată în Franţa prin legea din 22 Iulie 1923, modificată în 1925, 1926, 1930, 1932, 1934 şi 1939.

Alocaţiile de familie au fost generalizate prin legea din 11 Martie 1932, care eprmite un ajutor eficace familiilor numeroase; legea din 8 Noembrie 1936 extinde alocaţiile familiale obligatorii şi în agricultură. La persoanele nesalariate (conducători de întreprinderi, meseriaşi, profesii libere etc.), se aplică principiul *caselor de compensaţie profesionale.* Alocaţiile familiale au devenit mai importante şi s'au extins la toate categoriile de muncitori prin decretul-lege din 29 Iulie 1939.

In ce privește avantajele pe calea *scăderilor din impozitele directe*, aceste avantaje rămân, așa cum am mai menționat la studiul eugeniei, ca unele de mai mică importanță, pentru marea massă a populației, la care compensarea trebue neapărat realizată prin reforma *impozitelor indirecte* sau a taxelor de consumație. Acest adevăr a fost pus în evidență și în Franța.

Impozitele succesorale, după ce au fost scăzute — în raport cu numărul copiilor — prin legiferări anterioare, au fost din nou reglementate prin decretul-lege din 29 Iulie 1939, care stabilește o cotă echitabilă de reducere, așa încât să folosească efectiv politicii demografice a Franței.

Și în domeniul *asigurărilor sociale* s'a căutat să se țină seama de obiective demofile. Numărul copiilor constitue un criteriu în fixarea pragului de salariu pentru intrarea în câmpul asigurărilor sociale. Totodată, în ce privește desdăunarea pentru accidentele de muncă, pensia — la un același salariu — crește în raport direct cu numărul copiilor accidentatului: într'adevăr, în Franța cota de pensie de accident a fost fixată la 15% pentru capii de familie cu un singur copil, 25% pentru doi, 35% pentru trei, 40% pentru patru și mai mulți copii.

Încă din 1895 Franța legiferase *pensiile de bătrânețe*, stabilind quantumul acestor pensii în raport direct cu numărul copiilor ce-i are pensionarul. Legile din 1932 și 1936 au statuat de asemenea această normă.

Numeroase alte măsuri, parte introduse în unele țări, parte exprimate ca deziderate a căror înfăptuire este în curs, sunt de natură să dea rezultate mulțumitoare pentru încurajarea familiilor numeroase. Astfel, prin preconizarea *pensiilor temporare pentru văduvele cu mulți copii*, se înlătură unul din motivele destul de importante care împiedecă adesea procrearea pe scară mai vastă, anume teama părintelui că, în caz de deces prematur, copiii vor rămâne avizați la caritatea publică (este vorba de capii de familie ce nu beneficiază de pensiuni legale). Rezultate bune este de natură să dea și *protecția specială acordată orfanilor din familii numeroase*, de exemplu asimilându-i „pupililor națiunii"; grație acestei protecții va dispare în parte, pentru omul din massă, teama de a-și întemeia o familie numeroasă.

Prioritatea la angajarea în muncă, pentru capii de familie numeroasă, constitue un deziderat mereu reînoit pentru politica demografică. Tot astfel, *politica locuințelor* în folosul claselor muncitoare și în general a masselor populației; în această privință, se preferă astăzi realizările cunoscute sub numele de „orașe-grădină" sau în tot cazul cartiere de locuințe igienic amenajate în regiunile periferice ale marilor orașe.

b) *Protecția materno-infantilă*. Este dela sine înțeles că totalitatea măsurilor de protecție a mamei și copilului este de natură a stimula puternic natalitatea, a realiza deci o politică demofilă. In special, obligativitatea repaosului plătit al mamei înainte și după facere, aju-

toare în bani şi în natură, interzicerea angajării ca doică până ce propriul copil n'a împlinit o anumită vârstă, crearea cantinelor şi a căminurilor materne, a puponierelor, a creşelor, etc., cum şi măsurile de protecţie a vârstei preşcolare şi şcolare, aduc un aport important în încurajarea familiei numeroase. Tot ca un element de favorizare a politicii demografice cantitative, trebue considerată combaterea propagandei anticoncepţionale şi a avortului provocat. Deosebit de obişnuitele măsuri pe care le-au introdus în general toate legislaţiile penale, Societatea franceză de medicină legală a preconizat declararea obligatorie a tuturor expulsărilor de fetuşi neviabili şi de embrioni, supravegherea severă a aşa numitelor case de faceri, absolvirea de penalitate a femeii care denunţă persoana ce i-a practicat un avort.

c) *Măsuri de politică socială* şi chiar *reforme politice propriu zise* îşi au deasemenea importanţa lor. Menţionăm necesitatea votului plural: tatăl de familie numeroasă urmează a avea vot dublu sau chiar triplu faţă de celibatar, de soţii fără copii şi cei cu copii puţini. Apoi, necesitatea generalizării măsurilor de care ne-am ocupat cu prilejul studiului politicii eugenice în Germania: dreptul ţăranului de a desemna ca moştenitor pe acel membru al familiei care s'a dovedit a fi cel mai capabil. Reamintim şi măsura decretată în Franţa prin legea din Iulie 1939, sub numele de contract cu salariul amânat: copilul ce munceşte alături de tatăl său ajutându-l la exploatarea întreprinderii agricole, este considerat ca salariat, sumele capitalizându-se însă până la decesul tatălui, când ele se scad din massa comună a moştenirii. Ca o importantă măsură de politică socială, trebue considerată încurajarea stabilirii la ţară a tuturor copiilor ce provin din mediul rural: în Franţa se preconizează din partea igieniştilor socciali acest „retour à la terre".

d) *Măsuri de ridicare a nivelului moral al colectivităţii* şi *metodele de educaţie* a masselor pot deasemena promova politica demofilă. Spiritul vieţii de familie trebue intensificat. Unii autori preconizează chiar instituirea de penalităţi şi de daune civile pentru acela din soţi din vina căruia se pronunţă divorţul. Lupta contra imoralităţii publice trebue dusă cu toată stăruinţa. In fine, trebuesc aplicate toate mijloacele de educaţie, prin cuvântul scris şi vorbit, ca şi prin puternicul factor de difuziune pe care-l constitue imaginile (cinematograf, etc.), în domeniile maternităţii şi protecţiei primei vârste.

In ce priveşte stările de lucruri din România, poate şi din cauza situaţiei cantitative favorabile a populaţiei noastre, nu s'au manifestat până în prezent decât preocupări reduse ale legiuitorului în ce priveşte stimularea natalităţii prin încurajarea familiei numeroase.

Scanned with OKEN Scanner

Câteva măsuri au fost statuate prin codul funcţionarilor publici: la căsătorie se acordă funcţionarului o indemnizaţie echivalentă cu salariul brut pe două luni; la naşterea unui copil se acordă o indemnizaţie echivalentă cu salariul brut pe o lună; administraţiile publice sunt solicitate a înlesni dobândirea de locuinţe eftine sau construirea de grupuri de locuinţe pentru funcţionari; în fine, familia funcţionarului decedat are dreptul la o alocaţie de copii, furnizată timp de trei luni şi tot în acest răstimp familia poate folosi locuinţa publică ce o deţinea decedatul.

Mai precizăm că, printr'o decizie a subsecretariatului de stat al muncii, din 1942, patronii tuturor întreprinderilor sunt obligaţi să acorde salariaţilor, calificaţi şi necalificaţi, o alocaţie de 400 lei lunar pentru fiecare copil sub 14 ani; aceste alocaţii se acordă la orice salariu, indiferent de numărul zilelor efectuate într'o lună.

Alocaţia de copii pentru funcţionarii publici este de 1000 lei lunar de fiecare copil.

Aceste măsuri parţiale, evident, nu pot reprezenta o politică de încurajare a natalităţii. O legiferare cuprinzătoare, având la bază principii verificate în alte ţări, se impune pentru viitor, ţinându-se bine înţeles seamă şi de specificul şi posibilităţile ţării noastre.

C. Politica eugenică (igiena rasei)

Alături de politica de înmulţire a populaţiei, se urmăreşte azi din ce în ce mai mult o politică de promovare calitativă a grupului. Aceasta este politica eugenică sau de igienă a rasei.

Pe drept cuvânt, biologiştii şi organizatorii sănătăţii publice s'au ridicat împotriva „înmulţirii dezordonate şi inconştiente a omenirii" care lasă drum liber bolilor ereditare, ce se transmit din generaţie în generaţie (194).

Un procent de peste 10% din populaţie este reprezentat, precum ştim, prin minus-valori biologice, *disgenicii*, cari compromit calitativ rasa. In această categorie intră bolnavii ereditari, alienaţi, surdomuţi, orbi, criminali, alcoolici, vagabonzi, etc. Politica de igienă a rasei urmăreşte eliminarea populaţiei disgenice din sânul societăţii şi aplicarea totalităţii de mijloace biologice şi sociale pentru protecţia massei mijlocii şi a massei superior dotate. Măsurile împotriva disgenicilor sunt indicate, cu atât mai mult cu cât ei sunt mai prolifici decât indivizii normali. Intervine deasemenea împrejurarea că elementele inferioare biologiceşte se căsătoresc de preferinţă între ele, aşa încât survine la descendenţi cumul de tare.

In afară de argumente de ordin biologic, intervin, pentru a impune o politică eugenică, şi puternice motive *sociale*. Intr'adevăr, un fenomen răspândit şi necesar al vremii noastre este emigrarea crescândă a ruralilor spre oraşe. Fără de acest aport de populaţie, mereu

reînnoit, populaţia oraşelor ar dispare. Ţinând seama însă de factorii disgeneizanţi pe cari îi întruneşte mediul urban, precum răspândirea bolilor sociale, vicii, practici anticoncepţionale, etc., politica eugenică trebue să intervie pentru asigurarea condiţiilor normale de evoluţie fizică şi psihică a întregei populaţii şi în primul rând a ruralilor pe cale de urbanizare.

In justificarea politicii eugenice sunt deasemenea foarte importante argumentele *economice*. Elementele disgenice impun statelor cheltueli foarte mari.

Un singur exemplu, pe care ţinem să-l reamintim: în anul 1929, existau în Germania 306.000 alienaţi internaţi; cheltuelile statului cu această massă de indivizi se cifrau la 190 milioane mărci pe an. Dacă însă se adăogau orbii congenitali, surdo-muţii şi ceilalţi purtători de tare ereditare grave, se ajungea la o cheltuială anuală de 350 milioane mărci, suportată bine înţeles din contribuţia populaţiei sănătoase, valide (195).

Tot un argument economic este acel care impune una din măsurile cele mai importante în igiena rasei şi anume încurajarea materială a familiilor numeroase. In modul acesta dispare inechitatea, ce constă în disproporţia dintre veniturile capului de familie numeroasă şi sănătoasă ereditar, şi câştigul ridicat al celibatarului.

Pentru reuşita unei politici calitative demografice, este necesar să se ţine seamă de un număr de *principii de bază*, căci altfel totul s'ar reduce la iniţiative de moment, necoordonate, deci de foarte slabă eficacitate.

In primul rând, exagerările concepţiei filozofico-umanitariste, cari au dus la crearea unui mare număr de instituţii în favoarea elementelor inferioare şi degenerate ale societăţii, trebuesc înlocuite prin concepţia fructuoasă şi realistă care impune să acordăm atenţia maximă elementelor valide, normale. Deosebit de aceasta trebue să renunţăm la dogma libertăţii individuale absolute, care mai ales în domeniul biologic devine vătămătoare. Printr'un complex de măsuri eugenice, vom împiedeca pe individul bolnav ereditar să procreeze sau pe cel atins de o boală transmisibilă să se căsătorească, până ce boala respectivă a trecut de faza contagiozităţii. Nici autodeterminarea individului nu trebue să joace rol atunci când e vorba să i se aplice anumite măsuri eugenice, de exemplu sterilizarea preventivă. Pentru iniţiatorii unei politici eugenice un singur principiu rămâne valabil: interesul colectiv deasupra celui individual. In lupta dintre instinctul de procreaţie fără frâu şi selecţiunea biologică, trebue să intervenim în favoarea acesteia din urmă, printr'o politică eugenică dirijată (196).

Scanned with OKEN Scanner

La baza acţiunii de igiena rasei a mai fost formulat un principiu, si anume modificarea de concepţii asupra asistenţei. „Asistenţa", după unii autori, nu ar trebui să însemne exclusiv îngrijirea, cu preţul unor mari sacrificii, a părţii deficiente a naţiunii, adică a invalizilor fizici şi psihici, ci în primul rând protecţia elementului normal şi productiv. Bolnavii acuţi odată internaţi în instituţiile speciale de spitalizare şi deficienţii izolaţi la rândul lor din cadrul societăţii, rămâne massa covârşitoare a populaţiei, cea sănătoasă, asupra căreia politica eugenică trebue să-şi concentreze sforţările. In modul acesta politica de asistenţă extinzându-se şi la profilaxie, va muta interesul colectivităţii dela individ la familie, dela deficient la normal şi dela preocuparea limitativă de moment la preocuparea de interesele permanente ale colectivităţii, dealungul generaţiilor cari se succed.

Un alt principiu în eugenie este, cum am mai menţionat, *intervenţia Statului*. Deşi iniţiativa particulară poate aduce şi ea servicii în educarea păturilor largi ale populaţiei, politică eugenică înseamnă însă intervenţionism de stat, în cadrul unui plan de redresare dirijată a valorii biologice a colectivităţilor. Statul e singurul în măsură, prin măsurile coercitive cari îi stau la îndemână, să impue efectiv predominarea interesului colectivităţii asupra interesului individual.

Urmărind retrospectiv evoluţia omenirii, se constată rar o coexistenţă a principiului demofilic cu cel eugenic. Ceeace se constată mai des, e că, în interesul unei naţiuni anumite, tendinţei demofilice *i-a urmat* tendinţa eugenică.

Necesităţile speciale ale epocii noastre şi perfecţionarea intervenţionismului de Stat vor face însă ca în cele din urmă să se poată înfăptui dezideratul: sporirea cifrei populaţiei, aplicându-se în acelaş timp criteriul selecţionării biologice severe, după legile eredităţii.

BIBLIOGRAFIE

1. *H. Reiter,* Bevölkerungswissenschaft als Hygiene, în volumul „Bevölkerungsfragen", Berlin 1935, p. 854.
2. *Fr. Burgdörfer,* Aufbau und Bewegung der Bevölkerung, Staatsmedizinische Abhandlungen No. 8, Leipzig, 1935.
3. *W. Gross,* Der geistige Kampf um die Rassenpflege, 1935.
4. *A. Valensin,* Hérédité et races, menţionat de *René Biot,* Principes et technique d'une politique de la santé publique, 1933, p. 48.
5. *H. Zeiss,* Aufgaben einer Volkskunde, Archiv für Bevölkerungswiss. u. Bevölkerungspolitik, No. 1, 1933—1934.
6. *Zahn,* Das Bevölkerungsproblem und die volkswirtschaftliche Kapitalbildung, Der öffentliche Gesundheitsdienst, anul I, 5.XII.935.
7. *H. Hoske,* Das Problem menschlicher Leistung als Staatsaufgabe, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935, S. 722.
8. Politique sociale et population, Revue internationale du travail, Vol. XXXIX No. 3, mars 1939.
9. *R. Sand,* Organiscation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Angleterre et aux Etats-Unis, 1920, p. 725—726.
   London, 1923.
11. *J. Graunt,* Natural and political observations mentioned in a following index and made upon the bills of mortality, Oxford 1662, menţionat de *R. Pearl,* loco cit., p. 28.
12 *J. P. Süssmilch,* Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen, 1760, menţionat de *R. Pearl,* loco cit., p. 35.
13. *A. Castiglioni,* Histoire de la Médecine, Paris, 1931, p. 610—611.
14. *L. A. J. Quetelet,* Sur l'homme et le développement de ses facultés ou Essai de physique sociale, Bruxelles, 1835, menţionat de *R. Pearl,* loco cit.
15. *Roberts,* Manual of anthropometry, London 1878, menţionat ibid.
16. *Le Play,* Les ouvriers européens, Tours, 1879, 6 volumes, menţion. ibid.
17. *M. Greenwood,* Medical statistics, The Lancet, 7.V.1921, menţionat ibid., p. 44.

Scanned with OKEN Scanner

18. *F. Galton,* Natural inheritance, London 1889, edit. Mac Millan, menţionat ibid.
19. *K. Pearson,* On certain properties of the hypergeometrical series and on the fitting of such series to observation polygons in the theory of chance, Phil. Mag. 1899, pp. 236—246, menţionat ibid. pag. 263. — On the criterion that a given system of deviation from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can reasonably be supposed to have arisen from Randon Sampling, Phil. Mag. 1900, pp. 157—175, mention. ibidem.
20. *Fr. Burgdörfer,* Bericht über die neuere demographisch-historische Tätigkeit im Deutschen Reich, Archiv für Bevölkerungswissenschaft Nr. 3/1936.
21. *P. Bourdeix,* L'accroissement de la population par la conquête de la vie, natalisme et vitalisme, L'hygiène sociale, No. 144, Juillet 1935.
22. *E. Tanon,* Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale, Janvier 1929.
23. *W. Weinberg,* Methoden und Technik der Statistik, în Handbuch der sozialen Hygiene, vol. I, 1925, p. 71.
24. *F. Hueppe,* Statistik, Aufbau der Bevölkerung, în Handbuch der sozialen Hygiene, vol. I, 1925, p. 60.
25. *F. Burgdörfer,* Die Familien als Zellen des Volkskörpers, în Aufbau und Bewegung der Bevölkerung, Staatsmedizinische Abhandlungen, Leipzig, 1935.
26. *P. Andrei,* Sociologie generală, Craiova, 1936, p. 294.
27. *A. L. Bowley,* Elements of statistics, ed. V, 1925. The Nature and purpose of the measurement of social phenomens, ed. 2, 1923.
28. *D. Gusti,* Sociologia monografică, ştiinţă a realităţii sociale, studiu introductiv la *T. Herseni,* Teoria monografiei sociologice, 1934.
29. *R. Sand,* Organisation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Angleterre et aux Etats Unis, 1929, p. 729.
30. *G. Banu,* Metoda preventivă în asigurările sociale, Revista de Igienă Socială, 1933, pag. 371.
31. *P. Comarnescu,* Incercare americană de constituire a unei monografii sociale asupra tendinţelor şi problemelor recente, Arhiva pentru ştiinţa şi reforma socială, No. 3—4/1935.
32. *B. Schulz,* Über die Bedeutung der erbbiologischen Bestandsaufnahme der Bevölkerung für die menschliche Erbforschung, în Rassekurs in Egendorf, 1935.
33. *K. Astel,* Züchterische Familienkunde, 1935, ibidem.
34. *F. Riedl,* Ergebnisse einer Bevölkerungsaufstellung, Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik, No. 1/1936.
35. *E. Mauve,* Une commune rurale de l'Allier (Cognat-Lyonne), Congrès international de la population, Paris 1937, vol. III, p. 89.
36. *S. Manuila,* Note de biometrie, Bucureşti 1932.
37. *R. Sand,* L'économie humaine par la médecine sociale, 1934.
38. *Alfred Lotka,* Quelques résultats récents de l'analyse démographique, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. I, p. 96.
39. *Fedor Mikici,* Über den Index des Geburteneffekts, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935.
40. Politique sociale et population, Les critères démographiques, Revue internationale du travail, Mars 1939.

Scanned with OKEN Scanner

41. *I. Ferenczi*, L'optimum synthétique du peuplement, Paris, Institut international de coopération intellectuelle, 1938.
42. *R. Pearl:* Graphic representation of statistical data, loco cit., pag. 105—144.
43. *H. S. L. Winterbotham*, Population Maps, Bevölkerungsfragen, Berlin 1936. p. 404.
44. *Société des Nations*, Population et ressources naturelles, Document C. E. I. 39, 1927, menționat de *Ferenczi* în „L'Optimum synthétique du peuplement", Paris 1938, p. 24.
45. *A. Reithinger*, Das wirtschaftliche Gesicht Europas, Berlin 1936, p. 22.
46. *I. Ferenczi*, op. cit. p. 29.
47. *A. Freiherr v. Fircks*, Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik, Leipzig 1898, menționat de *A. C. Cuza*. Despre poporație, București 1929.
48. *C. Gini*, Sulla nuzialità differenziale delle varie classi sociali, în „Saggi di Demografia", Roma 1934.
49. *S. Szomogy*, Die Ehescheidungen nach den verschiedenen Konfessionen, Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935, p. 684.
50. *G. Ichok*, Etudes sur la population française. Le divorce, extr. Biologie médicale, No. 8, Paris, 1936.
51. *Quetelet*, loco cit., p. 145
52. *P. Râmneanțu*, Biometrie medicală și statistică vitală, București 1939, p. 214.
53. Annuaire statistique de la Société des Nations, 1937.
54. *H. Haufe*, Die Bevölkerungsentwicklung Rumäniens im XIX, u. XX. Jahrhundert, Archiv f. Bevölkerungswissenschaft, No. 3/1938.
55. *A. Roubakine*, Le mouvement de la population dans l'U.R.S.S. comparativement aux tendances démographiques des pays occidentaux, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. III, p. 146.
56. *J. Sanders*, Le mouvement naturel de la population néerlandaise, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. III, p. 135.
57. *Felix Bernstein*, Die natürliche Lebensdauer des Menschen und ihre statistische und individuelle Beurteilung, Congrès international pour les études de la population, Rome 1931.
58. *Quetelet*, loc. cit.
59. *Serpeille de Gobineau*, Technique moderne et mouvements de population, Congrès international de la Population, Paris, 1937, vol. VII, pag. 127.
60. *O. Spengler*, Der Untergang des Abendlandes, 1922, citat de *Jules Amar*, Organisation et hygiène sociales, Essai d'hominiculture, Paris, 1927.
61. *W. Draper*, Histoire du développement intellectuel de l'Europe, Paris 1887, menționat de *Jules Amar*, Organisation et hygiène sociales, Paris 1927, p. 66.
62. *G. Bouthoul*, Sur l'existence d'un mouvement cyclique de longue durée, dans la population, Congrès international de la population, Paris, 1937, vol. I pag. 63.
63. *Horst Wagenführ*, Die Theorie der zyklischen Bevölkerungsbewegung, eine Darstellung der Lehre Gini's, Archiv für Bevölkerungswissenschaft, No. 5/1934, pag. 304.
64. *F. Burgdörfer*, Bevölkerungsstatistik, Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene, Rassekurs in Egendorf, München 1935.
65. *D. C. Georgescu*, Creșterea populației României, București 1940, p. 3—5.
66. ibidem, p. 10.
67. *S. Manuila*, Structure et évolution de la population rurale, Bucarest, 1940.
68. *D. C. Georgescu*, loc. cit. p. 9.

Scanned with OKEN Scanner

69. *D. C. Georgescu,* La fertilité différentielle en Roumanie, Bucarest 1940.
70. *D. C. Georgescu,* Creşterea populaţiei României, 1940, pag. 11.
71. ibidem pag. 7—8.
72. Date după Statisticile Institutului Central de Statistică al României şi Buletinul Demografic al României, 1930-8.
73. *D. C. Georgescu,* Creşterea populaţiei României, 1940, pag. 15.
74. Ibidem, p. 16.
75. Ibidem, pag. 20.
76. *R. Sand,* Le bilan de la maladie et de la mort, în l'Economie humaine par la médecine sociale, 1934, p. 65 şi următ.
77. *R. Sand,* La Belgique sociale, 1933.
78. *M. Boldrini,* La fertilita degli individui deficienti e diffetori, Genus, vol. III, No. 3—4, Iunie 1939.
79. *R. Fetscher,* Die rassenhygienische Sterilisierung, Archiv f. soziale Hygiene und Demographie Heft 2—3, 1933.
80. *F. Lenz,* Menschliche Auslese und Rassenhygiene, München 1931.
81. *N. C. Blacker,* Eugenic sterilisation, increase in mental deficiency, XV-e Congrès international d'anthropologie, Paris, 1933, pag. 577, menţionat de *I. Făcăoaru,* Inmulţirea disgenicilor şi costul lor pentru societate şi stat. Bulet. eugenic şi biopolitic, Aprilie—Iunie 1935.
82. *Mac-Cormick C. O.,* Eugenic sterilization, Birth control review, October 1932, p. 241, menţionat de *I. Făcăoaru,* loco cit.
83. *R. Lotze,* Beziehungen zwischen Schulleistungen, sozialer Schichtung und Familiengrösse, Bevölkerungsfragen, Berlin 1935, p. 555.
84. *Gütt-Rüdin-Ruttke,* Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Műnchen 1934.
85. *M. Kernbach,* Ereditate şi criminalitate, Bulet. eugenic şi biopolitic, 1927 p. 166.
86. *G. Banu,* Igiena copiilor delicvenţi, Bucureşti, 1929
87. *F. Galton,* Hereditary Genius, 1869, menţionat de *M. Zolog,* Genii ereditare, Buletinul eugenic şi biopolitic, Iunie 1927.
88. *Hartnacke,* Mengenverteilung von Begabtheit und Unbegabtheit, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5. XII. 1935, p. 696.
89. *Spranger,* Ueber Ausscheidung, wertvollen Erbgutes durch die hochwertigen Ledigen, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5. XII. 1935, p. 698.
90. *B. Sekla,* Differentielle Fortpflanzung in der Tshekoslowakei, Der öffentliche Gesundheitsdienst, 5.XII.1935, p. 701.
91. *K. V. Müller,* Soziale Schichtung u. biologische Auslese, în „Bevölkerungsfragen", Berlin 1935.
92. *R. Semizzi,* Eugenica e politica demografica, în „Trattato di Medicina Sociale" de *Coruzzi-Travagli,* Milano, 1938, vol. I, pag. 211.
93. *R. Sand,* L'hérédité et le milieu, în L'économie humaine par la médecine sociale, Paris, 1934, p. 117 şi următ.
94. *M. Beeton-K. Pearson,* Data for the problems of evolution in man, a first study of the inheritance, of longevity and the selective death rate in man. Proceedings of the Royal Society, 1899, pp. 290—305, menţionat de *R. Sand,* loco cit., p. 118.
95. *Ştefania Negrescu,* Date şi concluziuni din ancheta internaţională asupra cauzelor mortalităţii infantile la copiii născuţi-vii, între 0—1 an, precum şi asupra mortinatalităţii în circ. X medicală (periferică) din Bucureşti pe anul 1931, Revista de Igienă Socială, 1932, pag. 279. — *I. Alexa,* Rezu-

mat statistic asupra anchetei internaţionale a cauzelor mortalităţii infantile sub un an şi a mortinatalităţii din circumscripţia sanitară rurală Tomeşti (jud. Iaşi), perioada 1. I. — 30.IX.1931, Revista de Igienă Socială 1932, pag. 291.

96. *G. Banu*, Mortalitatea infantilă, studiu statistic, Bucureşti 1930.

97. *R. Sand*, Les classes sociales, în „L'économie humaine par la médecine sociale", 1934, p. 33 şi urm.

98. *L. Villermé*, Mémoire sur la taille de l'homme en France, Annales d'Hygiène publique et de médecine légale, 1829, I. 2, p. 351, menţionat de *R. Sand*, loco cit., p. 89.

99. *A. Niceforo*, Anthropologie der nichtbesitzenden Klassen, Leipzig und Amsterdam, 1910, menţionat de *R. Sand*, loco cit., p. 86.

100. *R. M. Yerkes*, Psychological examining in the United States army, Memoirs of the National Academy of Sciences, Washington 1921, vol. 15. menţionat de *R. Sand*, loco cit., p. 93.

101. *G. Banu*, La politique médico-sociale dans la Roumanie rurale. Bucarest 1940, p. 30.

102. *R. Sand*, L'économie humaine par la médecine sociale, 1934, L'hérédité et le milieu, p. 129—130, şi „Les facteurs économiques", p. 212.

103. *A. Julin*, Résultats principaux d'une enquête sur les budgets d'ouvriers et d'employeurs en Belgique, Revue de l'Institut International de Statistique, 1934, vol. II, Nr. 1, pp. 56—69, menţionat de *R. Sand*, Les facteurs économiques, loco cit. pag. 211.

104. *A. Loesch*, Die Bedeutung der Bevölkerungsbewegung für Wirtschaftsleben, Congrès international de la population, Paris, 1937, vol. VII, p. 78.

105. *G. Banu*, Igiena socială a tuberculozei, Bucureşti, 1933. — *G. Banu* şi *colaboratori*, Anchete asupra stării sociale şi fizice a copiilor de şcoală în România, Revista de Igienă Socială, an. 1931.

106. *A. Korff-Petersen*, Einfluss der Wohnungsbeschaffenheit auf die Gesundheit der einzelnen Bewohner, în „Handbuch der sozialen Hygiene", vol. V, pag. 146.

107. *R. Sand*, Les facteurs domestiques, în „L'économie humaine par la médecine sociale", 1934, pag. 194.

108. *E. Răsmeriţă-M. Tiriung*, Locuinţa rurală în România, Revista de igienă socială, No. 1—6/1940.

109 *G. Banu*, Le taudis, aotion sur la famille et sur l'état physique, psychique et moral de l'enfant, XII-e session A.I.P.E., Paris, Juillet, 1937.

110. *R. Sand*, Les facteurs professionnels, în „L'économie humaine par la médecine sociale", Paris 1934.

111. *G. Banu*, Asistenţa cardiacilor, Revista de igienă socială, Decembrie 1932 — *G. Banu*, Examen critic şi sintetic al problemelor sanitare rurale, Revista de igienă socială, Nr. 1—6/1940. — *R. J. Weissenbach* et *F. Françon*, Les rhumatismes, maladies sociales, Paris 1939.

112. *G. Banu* et collab., Etudes concernant la situation sociale et médicale de la femme ouvrière en Roumanie, Bucarest 1937.

113. *J. F. Abel* — *J. E. Bond*, Illiteracy in the several countries of the world, Washington, Bureau of education, 1929, Bull. No. 4, menţionat de *R. Sand*, loco cit.

Scanned with OKEN Scanner

114. *Alfred Flatzeck-Hofbauer*, Zur Frage der Uebersterblichkeit der unehelichen Kinder im Säuglingsalter, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, No. 15, 1931, recenzat în Revista de igienă socială, 1932, p. 246.
115. *G. Banu*, „Catégories spéciales d'enfants", în „Hygiène sociale de l'enfance" vol. II, Bruxelles, 1933.
116. *F. Burgdörfer*, Volkszahl u. Volkswachstum, în Aufbau und Bewegung der Bevölkerung, 1935, p. 26.
117. *I. Stouman*, La mortalité dans les régions rurales de l'Europe. Rapport épidémiologique mensuel de la Section d'Hygiène de la SDN, No. 5—6, 15. V. 1931 et 15. VI. 1931, p. 175 et 219, recenzat Bull. Off. Intern. Hygiène publique No. 11/1931, p. 2066.
118. *W. Hellpach*, Entstehung und Ausformung von Grosstadt-Gauschlägen, Bevölkerungsfragen, Berlin 1936, p. 221.
119. *Fr. Burgdörfer*, Gliederung der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Familienstand, în „Aufbau und Bewegung der Bevölkerung", Leipzig 1935, pag. 62.
120. *Jules Amar*, La dénatalité devant la science, Le Musée Social No. 7 et 8. 1931.
121. Ueber die Ursachen des Geburtenrückganges, Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik, No. 2/1933—1934, p. 94
122. *Ungern-Sternberg*, Die Ursachen des Geburtenrückganges im europäischen Kulturkreis, Berlin, 1932.
123 *H. Harmsen*, Psychologische und physiologische Ursachen des Geburtenrückganges, Congrès intern de la population, vol. VII, p. 35, Paris, 1937.
124. *E. Heinel*, Eine Folge der Lebenshaltung? în ancheta „Ueber die Ursachen des Geburtenrückganges", Archiv für Bevölkerungswissenschaft No. 2—1933/4.
125. *Friedmann*, Die Wohlstandsentwicklung in Preussen von 1891—1911, Jahrbrücher für Nationalökonomie und Statistik, 3. Folge, Bd. 48, S. 39 menţionat de *E. Heinel*, loco cit.
126. *Ludwig Pohle*, Entwlicklung des deutschen Wirtschaftslebens im letzten Jahrhundert, 4 Aufl., Leipzig-Berlin, 1920, S. 100, menţionat de *E. Heinel*, loco cit.
127. *J. Müller*, Allgemeine psychische Grundlagen des Geburtenrückganges und Möglichkeiten seiner Bekämpfung, Jahrbücher für Nationalökolomie u. Statistik, 3 Folge, Bd. 79, S. 623, menţionat ibid.
128. *R. Heberle*, Soziologische Theorie der Geburtenbeschränkung, în vol. „Bevölkerungsfragen", Berlin, 1936, p. 276.
129. *H. F. Zeck*, Eine Lebenserscheinung des Volkskörpers? Archiv für Bevölkerungswissenschaft No. 2/1933—34, pag. 111.
130. *K. L. Pesch*, Sozialer Aufsteg und Fruchtbarkeit, Familienstatistische Untersuchungen über das Lebensschicksal von Inhabern des Zivilversorgungsscheines, Archiv für Bevölkerungswissenschaft No. 2/1939, p. 84.
131. *P. Battara*, Wirtschaftsgestaltung und Geburtenentwicklung, în volumul „Bevölkerungsfragen", Berlin, 1936, pag. 289.
132. *A. Bchac*, L'influence de la crise économique mondiale sur le mouvement de la population, Congrès international de la population, Paris, 1937, vol VII, p. 66.
133. *F. J. Mc. Cann*, Empfängnisverhütung als häufige Ursache von Erkrankungen, 1933 (trad. T. Günther), menţionat în volumul Bevölkerungsfragen, Berlin 1936.

Scanned with OKEN Scanner

134. *Clément Serpeille de Gobineau*, De certains facteurs qui déterminent les mouvements des naissances, Bevölkerungsfragen, 1936, p. 286.
135. *Ludwig Welsmann*, Die Ursachen des Zeugungsrückganges bei den Völkern des Abendlandes, „Bevölkerungsfragen", Berlin 1936, p. 371.
136. *R. Engelsmann*, Der Einfluss der Abortuszahl auf das Wachstum der Bevölkerung, Congrès international pour les études de la population, Rome 1931.
137. *Armand Siredey*, Influences des facteurs biologiques sur la diminution des naissances, Congrès international pour les études de la population, Rome 1931.
138. *H. Ellis*, Die Regelung der Bevölkerungsgrösse, Archiv für soziale Hygien und Demographie, 1932, H. 4.
139. *R. Sand*, Organisation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Angleterre et aux Etats Unis, 1920, p. 449.
140. *H. Brenier*, De quelques conséquences économiques prochaines de la dénatalité en France et en Europe, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. VII, pag. 118.
141. *Roderich v. Ungern-Sternberg*, Die Ursachen des Geburtenrückganges im westeuropäischen Kulturkreis während des XIX u. XX. Jahrhunderts. Archiv für Bevölkerungswissenschaft, No. 1/1938.
142. *R. Semizzi*, Eugenica e politica demografica, în „Trattato di Medicina Sociale" de *Coruzzi-Travagli*, vol. I, pag. 281.
143. *L. Kawen*, Les exodes, Congrès international pour les études sur la population, Rome 1931.
144. *W. Preuss*, Der Einfluss der jüdischen Einwanderung auf die ökonomische Entwicklung Palästinas, Congrès international pour les études sur la population, Rome, 1931.
145. *A. S. Halevy*, Population problems of Jews in Palestine, Congrès international de la Population, Paris, 1937, vol. III, p. 122.
146. *F. Meyer*, Probleme und Methoden der Binnenwanderungsforschung, Archiv für Bevölkerungswissenschaft, No. 4/1936.
147. *Alois Kovacs*, Statistik der Binnenwanderungen, în „Bevölkerungsfragen", Berlin 1936, p. 157.
148. *O. E. Baker*, Die Land- und Stadtwanderung in U. S. A. und das nationale Wohlergehen, Der öffentliche Gesundheitsdienst, I. Jgang. 5.XII.1935.
149. *K. Drexel*, Die österreichischen Binnenwanderungen auf Grund der Volkszählung von 1934, în vol. „Bevölkerungsfragen", Berlin 1936, p. 200.
150. *A. Schwarz*, Heimatflucht in der Schweiz, în vol. „Bevölkerungsfragen" 1936, p. 200.
151. *G. Mauco*, Une enquête en cours sur l'immigration agricole en France, Congrès international de la population, Paris 1937, vol. IV, p. 83.
152. *C. Convers Morrell*, The Weather Factor and Epidemic Disease in relation to Populational Growth, Bewölkerungsfragen, 1936, p. 377.
153. *G. Mouriquand*, Répercussions médicales liées aux variations météorologiques, Rapp. III-e Congrès Assoc. Franç. Pédiatrie, 1934.
154. *P. Woringer*, Les quatre principaux type de courbe saisonnière des maladies, Rev. française de pédiatrie, tome V, No. 5/1934.
155. *L. Hirsch*, Des principaux effets démographiques des guerres moderne. Congrès international pour les études sur la population, Rome, 1931.
156. *E. Würzburger*, De l'influence de la guerre mondiale sur le mouvement

de la population, Congrès international pour les études sur la population, Rome 1931.

157. *R. Sand,* Les inégalités des classes sociales au point de vue physique et mental, în „L'économie humaine par la médecine sociale", 1934, p. 106.

158. *E. Syndenstricker,* Differential fertility according to economic status, U. S. Public Health Rep. 30.VIII.1929, menţionat de *R. Sand,* loco cit.

159. *J. Wolff,* Differenzialgeburtziffern bei den verschiedenen Gesellschaftsklassen, Congrès international pour les études sur la population, Rome, 1931

160. *Heinz Wullker,* Unterschiedliche Fortpflanzung im Deutschen Landvolk, Archiv f. Bevölkerungswissenschaft No. 2, 1939.

161. *H. Emerson,* Periodical Medical Examinations of apparently Healthy Persons, Journal of the American Medical Association, 12.V.1923, menţionat de *R. Sand,* ibid.

162. *R. Sand,* La validité, în L'économie humaine par la médecine sociale, Paris 1934, p. 70.

163. *E. Sydenstricker-R. H. Britten,* Physical impairment and occupational class. U. S. Publ. Health. Rep. 22.VIII.1930, menţionat de *R. Sand,* ibid.

164. *R. Sand,* Le bilan de la maladie et de la mort, în „L'économie humaine par la médecine sociale", p. 53 şi următ.

165. *J. Bruno,* Illness and dependency, Committee on the cost of medical care, Washington, 1931, menţionat de *R. Sand,* ibid.

166. *Ch. V. Chapin,* Deaths among Tax-payers and Non-Tax-payers in Providence 1865, American Journal of Public Health, Aug. 1924, menţionat de *R. Sand,* ibid.

167. *I. Zadek,* Soziale Lage und Verlauf der Tuberkulose, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Sept. 1930.

168. *S. Rosenfeld,* Der Einfluss des Wohlhabenheitsgrades auf die Infektionskrankheiten in Wien. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege, 1904. XXIII, menţionat de *R. Sand,* ibid.

169. *G. Banu,* Protecţiunea materno-infantilă în general şi în ţara noastră. Revista de igienă socială, Februarie 1936.

170. *R. M. Woodbury,* Causal factors in infant mortality, Children's Bureau Publ. No. 142, Washington, 1925.

171. *W. M. Feldman,* The principles of ante-natal and post-natal child hygiene, London 1927.

172. *G. Valot,* Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le monde, Paris, Maloine, 1932, menţion. de *R. Sand,* loco cit., p. 54—55.

173. *Y. Biraud,* La mortalité tuberculeuse et son évolution, Revue de phtisiologie médico-sociale, No. 1/1930.

174. *G. Banu,* Igiena socială a tuberculozei în România, Mortalitatea de tuberculoză în mediul rural, Bucureşti, 1933.

175. *F. Rott,* Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. I. 1929, recenz. Revista de igiena socială, an. I, 1931, p. 320.

176. *E. Sydenstricker,* Economic status and the incidence of illness, United States Publ. Health Report, 26 July 1928, menţionat de *R. Sand,* loco cit.

177. *D. Wiehl and E. Sydenstricker,* Disabling Sickness in colton mills Communities of South Carolina, 1917, U. S. Publ. Health Rep. 13.VI.1924, menţionat de *R. Sand,* loco cit.

Scanned with OKEN Scanner

178. *G. Bigelow—H. L. Lombard*, Cancer and other chronic diseases in Massachusetts, Boston, 1933, menţionat de *R. Sand*, loco cit.
179. *René Sand*, Inégalité devant la maladie et la mort, op. cit. 1934, pag. 113.
180. *Fr. Burgdörfer*, Bevölkerungsstatistik, Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene, Tatsachen, Ausmasse, Auswirkungen des Geburtenrückganges und die Mitteln zu seiner Bekämpfung, în „Rassekurs in Egendorf", München, 1935.
181. *M. Halbwachs*, La population de la terre et des continents, Congrès international de la population, Paris, 1937, vol. VII, p. 8.
182. *Giuseppe Grossi*, Legge e potenza del numero, Bologna 1935.
183. *Raymond Pearl*, Studies in human biology, 1924.
184. *R. Korrherr*, Die Bevölkerungspolitik der alten Kulturvölker, Congrès international de la population, Paris, 1937, vol. II, p. 1.
185. *A. Grotjahn*, Die quantitative Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzug, în „Soziale Pathologie", 1923.
186. *Karl Marx*, Das Kapital, Kritik der politischen Oekonomie, 1867, menţionat de *A. C. Cuza*, loco cit.
187. *J. B. Say*, Cours complet d'économie politique pratique, édit., Bruxelles. 1844, menţionat de *A. C. Cuza*, loco cit.
188. *L. A. J. Quetelet*, Sur l'homme et le développement de ses facultés, essai de physique sociale, Paris, 1835.
189. *Charles Darwin*, L'origine des espèces, Paris, 1882.
190. *A. C. Cuza*, Despre poporaţie, 1929, p. 374.
191. *A. Grotjahn*, Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung, 1926, p. 45.
192. *R. Engelsmann*, Malthus redivivus! Congrès international pour les études sur la population, Rome, 1931.
193. *A. Rochaix*, Précis d'Hygiène, Paris, Masson, 1940, pp. 26—27 (Mesures d'encouragement aux familles nombreuses).
194. *René Sand*, L'eugénique, în Organisation industrielle, médecine sociale et éducation civique en Anglettere et aux Etats Unis, 1929, p. 447.
195. *R. Fetscher*, Die rassenhygienische Sterilisierung, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, H. 2/3, 1933.
196. *A. Gütt*, La politique démographique et la tâche de l'Etat, Congrès international des sciences démographiques, Berlin 29. VIII.1935.

TABLA ALFABETICĂ A AUTORILOR [1])

A

Abel J. F. 135, 357
Achenwall G., 219, 223
Agadjanow, 99
Albrecht, 119
Alexa I., 349
Amar J., 296, 361
Ammon O., 84
Andreas J., 141
Andrei P., 80, 224
Astel K. 60, 160, 161, 187, 226
Auler H. 94, 102
Axente S. 124

B

Babeş V., 39
Babonneix, 28
Baillarger, 111
Baker O. E., 372, 373
Bălcescu 64.
Banu G. 18, 28, 29, 30, 31, 33, 38, 39, 48, 49, 61, 64, 80, 81, 121, 123, 128, 133, 134, 135, 138, 139, 143, 144, 170, 175, 178, 179, 226. 345, 349, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 379, 380
Barrenscheen H. K., 95
Barth H. 94, 102
Basler A., 94, 95
Battara P. 365
Bauer J. 77, 98, 99
Baur E. 65, 66, 72, 77, 80, 151
Beaulieu 6, 26
Beck, 152
Beeton M. 349
Bellinger, 164
Benedict F. G. 95
Berger H. 19
Berghaus H. 19
Bergmann, 96
Beringer K. 94, 100
Bernouilli, 223
Bernstein F. 295
Besant A., 63
Bigelow G. 381
Biraud Y. 380
Blacker N. C. 341
Bluhm A. 131
Blüntschli, 387
Boas M. 131
Boening, 114
Bohac A. 365
Boldrini M. 341

1) Cifrele indică paginile din text.

Scanned with OKEN Scanner

Bond J. E. 135, 357
Bondarenko, 98
Bonvoisin G. 170
Bordea I. 39
Bourdeix P. 22
Bourdon J., 221
Bourgeois L., 6, 26
Bouthoul G. 296
Boverat F. 174
Bowley A. L. 30, 224
Bradlaugh Ch., 63
Breger J. 125, 126
Brenier H. 368
Brindeau, 101
Britten R. H. 375, 377
Brugger C. 105, 132
Brugsch Th. 77
Bruno J. 378
Buchanan Sir George, 6
Bückler M. 117
Bucura K. J. 126
Bujoreanu M. 36
Bumbăcescu, 93
Bunch C. C. 96
Burchardt, 187
Bureau P., 30
Burgdörfer Fr. 161, 162, 163, 166 166, 168, 170, 172, 175, 176, 209. 221, 224, 297, 359, 360, 382

C

Calmette, 26, 127
Campanella Th., 5, 56
Cann F. J. Mc. 365
Cantacuzino I., 39, 40
Carozzi L. 9, 14
Castiglioni A. 21, 22, 23, 220
Castro R. De, 23
Caullery M. 65, 66, 69
Chapin Ch. V. 378
Charcot, 101
Chase W. 62
Chopin, 52
Clausen W. 94, 102, 118
Coerper C. 9
Condorcet, 220
Comărnescu P. 225
Conrad K. 114
Contini, 6, 26
Corbusier Le, 31
Correns, 67, 76
Coruzzi, 180, 348, 370
Courmont J., 4
Curtius F. 99
Cuza A. C. 237, 390
Czellitzer A. 119, 226

D

Damay H. 181
Daniel A. 11
Daniel G. 11
Darwin Ch., 25, 58, 64, 390
Darwin L. 53
Davenport G. P. 105, 115, 152
Davila C., 38, 39
Decastello A. 88
Delore P. 10, 18
Demme R. 130
Deniker I. 94, 96
Descartes, 52
Desandes, 24
Diepgen P. 5
Disraeli, 57, 58
Dobrovici A., 4
Doederlein A. 153
Domino I., 173
Drăgan H. 130
Drăgănescu S. 124
Draper D. 296
Drexel K. 373
Dubitscher F. 104, 105
Dublin L. Y. 180
Dufau, 220
Dugdale, 345
Dujarric de la Rivière, 28
Düngern E. v. 85, 88, 89
Dürig A. 94
Düring E. v. 100
Durkheim 6, 26

E

Eckert C. 145, 146
Eckhardt H. 122
Eydt A. 186
Eylmann E. 96
Ellis H. 367, 368
Emerson H. 376
Engel, 62, 353
Engelsmann R. 366, 391

Scanned with OKEN Scanner

Entres J. L. 115, 116
Espinasse, 6, 26
Essen E. 108
Euler 2

F

Fabri S., 184
Făcăoaru I. 94, 341, 342
Fähndrich, 119
Fallon, 56
Falret, 111
Fambri E., 180
Farr W., 220
Feldman W. M. 71, 379
Felix I., 38, 39
Féré, 132
Ferenczi I., 230, 231, 235, 236
Ferrari, 59
Fetscher R., 141, 153, 156, 187, 394
Filitti I. C., 37
Finkbeiner, 97
Finke L. L., 97
Fircks A., 236
Fischer E., 18, 28, 60, 72, 80, 81, 83, 95, 96, 65, 66, 77
Flatau, 153
Flatzek-Hofbauer A., 136, 358
Fleischer D., 116
Flössner O., 94, 95
Flügge L., 142
Fonsegrives, 26
Forel A., 129, 130, 131, 153
Fournier, 123, 223
Fox, 99
Frank J. P., 5, 24, 56, 57
Frank Abraham M., 179
Françon F., 17
Frets G. P., 131
Friedreich, 73
Frommolt G., 102, 94
Friedman, 363
Fuchs G. F., 97
Fukushima, 96

G

Galton F. 6, 25, 58, 59, 61, 67, 103, 220, 221, 346, 384
Ganter R., 131
Garbe, 185
Garrison, 220
Gassicourt Cadet de, 6, 25
Gaud, 35
Georgescu D. C., 298, 303, 309, 310, 311, 313, 328, 330, 332
Gide Ch., 6, 26
Gini C., 237, 238, 296
Gobineau A. de, 6, 25, 57, 58
Gobineau C. Serpeille de, 295, 365
Goddard, 345
Gomoiu V., 37
Gottschalk H., 125
Gottstein A., 13
Graunt J., 219, 384
Greenwood M., 220
Grimm R., 94
Grossi G., 385
Gross W., 26, 211
Grotjahn A., 9, 13, 14, 19, 26, 60, 140, 170, 388, 390
Gruben M. von, 170
Guaripontus, 22
Guillaume L., 137
Günther H., 77
Günther K. F., 95
Gusti D. 9, 225
Gutmann M. I. 98, 100
Gütt A. 73, 74, 75, 107, 111, 113, 115, 115, 153, 156, 343, 395

H

Haegel E., 6, 25
Haeckel F., 68, 71
Halbwachs M., 385
Halewy A. S., 371
Hallé, 78
Halley, 219
Hankins F. H., 90
Harms H., 119
Hart, 77
Härtel F., 94
Hartnacke, 347
Haubold H., 24, 56
Haufe H., 274
Heberle R., 363
Heinel E., 363
Heller T., 105
Hellpach W., 360
Herz F., 85

Scanned with OKEN Scanner

Hildebrandt W., 96
Hipocrate, 4, 5, 21, 54
Hirsch L., 97, 138, 374
Hirszfeld L., 85, 88, 89, 90
Hoffmann H., 109, 113
Hofbauer, 136, 558
Hoffmann M., 173
Hoske H., 216
Howley, 296
Hueppe F., 14, 19, 223
Hughes E. M., 115
Hull Ch., 6
Huygens, 219
Huntington G., 73, 114, 115 116
Hussington L. Y., 124

I

Ickert F., 13, 20
Ichok F., 13, 20
Ilvento, 161
Ionescu-Mihăeşti C., 89, 90
Ivanici St., 33

J

Jaensche W., 80
Jaffé R. H., 98
Jäger, 99
Jens L., 141
Janke-Blume, 167
Jenner, 5, 24
Juda A., 106, 110
Julin A., 353
Jullien, 127.
Jung F., 67

K

Kallmann F. J., 109, 110
Kant, 52
Kantorowicz H., 19
Kawen L., 370
Kehrer F. A., 11
Keyser E., 227
Kernbach M., 344, 345
Kihn B., 99, 100, 94
Klemm G., 6, 57, 58
Knapp W., 106, 113
Knaus H., 153
Konstantinovici B., 33
Konstantin, 114
Korff A., 354
Korherr R., 164, 384
Körner, 120
Kovacs A., 137, 372
Kraepelin, 111, 182
Kretschmer E., 78, 185
Kühn A., 78, 172
Külz L., 99

L

Ladame, 59
Lamarck, 66
Landra G., 91
Landouzy, 127
Landsteiner K., 88, 89
Lange J. 101, 111
Langer J., 88
Laplace, 223
Lassalle F., 31
Laurian, 64
Lavoisier, 5, 24
Lebzelter V., 91
Le Jeune Robert, 57
Lemeland, 101
Lenhossek J., 91
Lenz F. 18, 60, 73, 77, 83, 107, 113, 140, 176, 341, *65, 66, 72, 80*
Lereboullet P., 170, 57
Leroy, 6, 26
Lesieur G., 4
Levaditi, 179
Lévy M., 24
Lexer E., 152
Lickind, 133
Linné, 66
Loesch A., 354
Löhlein W., 116
Lombard H. L., 381
Loriga, 11
Lotka A., 229
Lotze R., 342, 343
Loudé de, 24
Lucas, 6, 25, 57
Ludersdorf S., 175
Lumière A., 127
Luxenburger H., 105, 107, 108 110, 112

M

Mac-Cormick C. O., 342
Madsen Th., 19
Mai Franz Anton, 5, 25
Mayr J. K., 124
Malthus Th. R., 220, 296, 384, 389, 390, 391
Manuilă S. 227, 228, 229, 309, 92
Marchesani O., 117
Marfan A. B., 117
Martin R., 85
Marx, 153, 390
Masson M-me, 173, 176
Matzner, 156
Mauco G., 373
Mauve E., 227
Meggendorfer F., 131, 132
Ménière, 72
Meyer F. 371, 372
Mendel G. I., 6, 25, 57, 58, 68, 76
Mikici F., 230
Miller E., 182
Mine, 99
Minovici N., 129
Moldovan I., 64
Möller, 108
Montandon G., 78, 84
Morel, 57
Morrell Convers C., 374
Morus Th., 56
Mosse M., 13
Mott, 59
Mouriquand G., 374
Müller H., 172
Müller J., 363
Müller K. V., 142, 347

N

Naegeli C., 67
Nassau, 98
Negrescu Șt., 349
Negulescu P. P. 81, 83, 84
Neuberger N., 21
Neumann S. 9, 25
Newton, 52
Niceforo A., 21
Nietsche, 52
Nightingale Fl., 25
Nisot M. T. 54, 55, 56, 57, 59, 61
Noack R., 127
Nussbaum, 101

O

Obedenariu, 91
Ochsner, 153
Ogle W., 220
Olpp G., 94, 99
Oppenheim, 100
Oppler W., 109, 110
Orestano F., 22
Ostmann, 102

P

Papilian V., 91, 93
Pojano G., 164
Paracelsus, 5
Paré Ambroise, 56
Parent Duchâtelet, 6, 24, 25
Parisot J., 9
Pasquali, 128
Pearl R., 12, 219, 231, 296, 385
Pecqueur Const., 6
Pearson K., 61, 221, 346
Peller S., 126
Pende N., 79, 80, 186, 159, 79
Perret G., 82
Petersen, 354
Pesch K. L., 364
Pettenkofer M., 6, 9, 26
Petty W., 219
Philipp E., 125
Pierracini, 6,26
Piggini C. A., 164
Pilcz A., 101
Piorry, 25, 57
Pitt, 389
Pittard E., 49, 50, 82, 91
Play Le, 220, 30, 384
Plauzoles, Sicard de, 14
Platon, 4, 5, 21, 52, 54
Ploetz A., 49, 53, 55, 60, 80
Pohle L., 383
Pohlisch K., 113, 133
Popoviciu G., 92
Portal, 25
Porter, 102

Scanned with OKEN Scanner

Atrofia familială a nervului optic, 118
Avantaje pentru familiile numeroase, 176
Avortul eugenic, 149
Avortul social, 150
Azile -şcoli, 183

B

Bastarzi, 131
Biologia rasei, 49
Biologia socială, 8
Biometrie, 12
Biotipul brevilin astenic, 79
Biotipul brevilin stenic, 79
Biotipul longilin astenic, 79
Biotipul longilin stenic, 79
Biotipuri, 79
Bivitelini, gemeni, 77
Bastoftorie, 129
Boala Tay-Sachs, 118
Boli cu transmisiune ereditară, 104
Boli disgenice, 343
Bolile de piele şi factorul rasă, 99
Bolile hepatice şi factorul rasă, 98
Bolile infecţioase şi factorul rasă, 98
Bolile mintale şi factorul rasă, 100
Bolile muncitorilor, 356
Bolile primei vârste şi mediul, 380
Bolile sângelui şi factorul rasă, 98
Bolile sistemului nervos şi factorul rasă, 99
Bolile venerice şi căsătoria, 144
Bolnavii ereditari, cheltuieli cu, 141
Bolnavii mintali, consultarea prenuptială, 146
Bolnavii mintali, readaptare socială, 181
Brachicefalie, 84—85
Brachidactilie, 122
Buză de epure, 121

C

Cancerul şi factorul rasă, 102
„Capital viu", 16, 215
Caractere dominante, 70, 71
Caractere recesive, 70, 71
Caracterele raselor, 86, 87
Carantină, primele măsuri de, 22
Carnetul sanitar individual, 26, 185
Carnetul sanitar individual în Belgia, Franţa, Germania, 186
Cartea oraşelor germane, 227, 228
Cartoteci biologico-ereditare, 187
Casă de asigurare familială, 170
Casă de compensaţie pentru medicii caselor de boală, 171
Case de compensaţie, 169
Căsătoria bolnavilor venerici, 144
Căsătoria tuberculoşilor, 144
Căsătorii exogame, 82
Castrarea eugenică, 156
Cataracta ereditară, 117
Cataracta presenilă, 117
Catatonie, 106
Cauze de deces, 248
Cauze de deces în România, 320
Cauze de deces la copii în România, 322
Cauze de deces, ţări cu asemănare sensibilă, 250
Cauze de deces, ţări cu identitate absolută, 249
Cauze de deces, ţări cu mică asemănare, 250
Cecitatea ereditară, 116
Cecitatea parţială pentru culori, 117
Celibatul, acţiune disgenică, 139
Celibatul, factor de contra-selecţiune, 347
Celibatul şi denatalitatea, 362
Centre de observaţie pentru minori, 184
Centrul de gravitate demografic, deplasarea spre oraşe, 359
Cercetări demografice, utilizarea datelor, 228
Cercetări geopolitice, 213

Scanned with OKEN Scanner

Certificarea prenupţială atenuată, 148
Certificatul medical prenupţial, 25, 57, 143
Certificatul prenupţial cu caracter sever, 146
Certificatul prenupţial în Turcia, 147
Certificatul prenupţial, obiecţiuni, 148
Chestionarul în demografie, 227
Ciclul de evoluţie al popoarelor, 295
Ciclul mizeriei familiale, 354
Cifre specifice de prolificitate, 239
Circulaţia sanguină, caracteristici după rasă, 94
Clase profesionale, 352
Clase sociale ca expresie a mediului, 350
Clase sociale, formaţiune, 348
Clase sociale, influenţa în demografie, 348, 351
Clase sociale şi nupţialitatea, 238
Clase speciale pentru supradotaţi. 139
Climatul şi rasa, 83
Clinici de medicină socială, 10
Cocainomanie, 133
Codul penal românesc, prevederi eugenice, 64
Colectivitatea, prioritate, 210
Coloniile engleze, învăţământul medicinei sociale, 35
Colonizări rurale cu scop eugenic, 162
Colonizări rurale în Germania 162
Colonizări rurale în Italia, 163
Colonizări suburbane în scop eugenic, 163
Combaterea alcoolismului şi eugenia, 179
Combaterea bolilor sociale în scop eugenic, 171
Combaterea bolilor venerice şi eugenia, 179
Comparaţia între natalitate şi excedent, 261
Compensarea sarcinilor familiale, 169
Concepţiile filozofico-umanitariste şi eugenia, 395
Conferinţe sanitare, 26
Congrese internaţionale de eugenie, 59
Consanguinitate, 151
Consanguinitate, legislaţie, 152
Constituţia biologică, 77
Constituţia, criterii de diferenţiere, 78
Constituţia, definiţii, 77
Constituţia schizotimică, 108
Consultaţii de medicină pedagogică de ameliorare, 184
Consultaţii prenupţiale pentru diabetici, 147
Consultaţii prenupţiale pentru sifilitici, 145
Contraconcepţiune, 149
Contraselecţiunea prin celibat, 347
Controlul preventiv al naşterilor. 62, 149
Copii biopatici, 182
Copii cerebrobiopatici, 182
Copii cerebropatici, 182
Copii întârziaţi, cheltuieli cu, 141
Coreea ereditară, 114
Coreea ereditară, intensitatea transmiterii, 145
Coreea Huntington, 73
Creşterea, diferenţieri după rasă, 86
Creşterea populaţiei, măsuri practice, 391
Criminalii, cheltuieli cu, 141
Criminalitatea ca factor disgenic. 344
Criminalitatea la emigranţi, 137
Criza demografică, 385
Cromomerii, 67
Culoarea tegumentelor şi rasa, 85
Cutia milelor, 37

Scanned with OKEN Scanner

D

Danemarca, sterilizarea eugenică, 157
Date demografice, interpretarea lor, 232
Debilitatea mintală, 104
Debilitatea mintală, cercetări genealogice, 105
Debilitatea mintală, intensitatea transmiterii ereditare, 104
Declinul demografic, factori etiologici, 296
Defectivi, cifra lor în câteva ţări, 341
Defectivi, prolificitate, 340
Definiţiile eugeniei, 48, 49
Delicvenţa minorilor, 345
Delicvenţii, cheltuieli cu, 141
Demenţa paranoidă, 106
Demenţa precoce, 106
Demografia, date şi proporţii, 229
Demografia, definiţie, 208
Demografia, evoluţie istorică, 218
Demografia, importanţă şi obiective, 208
Demografia, începuturile cercetărilor metodice, 220
Demografia în secolul XVIII, 219
Demografia, metoda chestionarului, 227
Demografia, metoda înregistrării continui, 227
Demografia, metode de cercetare, 222
Demografia, reprezentări grafice, 231
Demografia, sferă de acţiune, 211
Demografia şi asigurările sociale, 217
Demografia şi clasele sociale, 351
Demografia şi economia politică, 215
Demografia şi factorii cu caracter de calamitate, 374
Demografia şi factorii culturali, 357
Demografia şi factorii de mediu, 352
Demografia şi factorii mediului fizic, 374
Demografia şi factorii profesionali, 355
Demografia şi factorii sanitari, 357
Demografia şi medicina socială, 209
Demografia şi piaţa muncii, 217
Demografia şi politica salariilor, 218
Demografia şi politica socială, 217
Demografia şi problema alimentară, 229
Demografia şi venitul naţional. 216
Demografia, tendinţe actuale, 221
Denatalitatea, 361
Denatalitatea, acţiune disgenică, 136
Denatalitatea, argumente pentru şi contra, 367
Denatalitatea, cauze, 362
Denatalitatea, efecte economice, 217
Denatalitatea, factori biologici, 365
Denatalitatea, factori patologici, 366
Denatalitatea, factori psihologici, 362
Denatalitatea, factori sociologici, 363
Denatalitatea în Germania, 363
Denatalitatea în România, 309
Denatalitatea la oamenii superiori, 52.
Denatalitatea, privire sintetică, 368.
Densitatea agricolă, 230, 235.
Densitatea aritmetică a populaţiei, 230, 235.
Densitatea economică generală, 235.
Densitatea fiziologică a populaţiei, 230, 235.
Densitatea populaţiei României, 298.
Densitatea populaţiei României pe judeţe, 298.

Scanned with OKEN Scanner

Densitatea specifică a populației, 233.
Densitatea specifică pe țări, 234.
Depopularea, 382.
Descreșterea natalității, 242, 243.
Desrădăcinarea populației, 214. 358.
Determinarea sexului, 76.
Deuteranopi, 118.
Diferențierile constituționale și clasele sociale, 348.
Dinamica populației, 269.
Dinamismul demografic, teza natalistă, 222.
Dinamismul demografic, teza vitalistă, 222.
Disgenicii, cheltuieli cu, 140
Disgenicii, sarcină socială, 140.
Disgenicii, studiul răspândirii lor numerice, 343.
Disgenii prin factori de mediu, 133.
Disgenii prin factori infecțioși, 122.
Disgenii prin factori toxici, 128
Disostoză cleido-craniană, 121.
Dispensarii antituberculoase, 26
Dispensarii de igienă mintală, 181.
Dispensarii de igienă mintală pentru copii, 183.
Dispensarii neuro-psihiatrice, 183.
Distribuția populației după grupe de vârstă, 273.
Divorțuri, statistică, 258.
Divorțurile ca fenomen demografic, 238.
Divorțurile în România, 303.
Divorțurile în România după confesiuni, 306.
Divorțurile în România pe provincii, 305.
Documentare eugenică, organizare, 186.
Dolicocefalie, 84, 85.
Durata medie a căsătoriilor și fertilitatea, 311.
Durata medie a vieții, 265.
Durata medie a vieții, diferența după rase, 96.
Durata medie a vieții, tendință evolutivă, 293.

E

Echipe de studii medico-sociale, 33.
Economia politică și demografia, 215.
Economia politică și medicina socială, 31.
Educația eugenică a părinților, 185.
Educația eugenică a populației, 184.
Educația igienică a masselor, 31.
Educația medico-socială a corpului medical, 18.
Eforia caselor făcătoare de bine, 38.
Egipteni, medicina socială la, 21.
Elemente dotate, dispariția lor progresivă, 140.
Elemente asociale, 152.
Elevii repetenți, debilitatea mintală la, 106.
Emigrări, 137.
Emigrările din țările Europei, 370
English poor law, 62, 152.
Epidemii, acțiune disgenică, 137.
Epilepsia ereditară, 113
Epilepsia ereditară și clasa socială, 114.
Epilepticii, situația copiilor și colateralilor, 114.
Epitropia obștirilor, 37.
Ereditatea complexă, 75.
Ereditatea, contribuțiuni în sec. XVIII, 66.
Ereditatea, definiție, 65.
Ereditatea dominantă, 70.
Ereditatea în coreea Huntington, 115
Ereditatea în criminalitate, 344
Ereditatea în debilitatea mintală, 104.
Ereditatea în epilepsie, 113.
Ereditatea în psihoza maniaco-depresivă, 111, 112.
Ereditatea în schizofrenie, 107.
Ereditatea în tuberculoză, 126.
Ereditatea intelectuală, 71
Ereditatea la om, 69
Ereditatea patologică, 72

Scanned with OKEN Scanner

Greci, medicina socială la, 54
Grecia, învăţământul medicinei sociale, 34
Grupe de vârstă, analiză, 270
Grupe de vârstă, clasificarea populaţiilor după structura pe, 270
Grupe de vârstă, clasificarea ţărilor după, 273
Grupe de vârstă, procente din populaţia globală, 272
Grupele sanguine, 88
Gura de lup, 121

H

Hărţi demografice, 231
Hebefrenia, 106
Hemeralopie congenitală idiopatică, 118
Hemofilie, 75
Hibrizi, 68
Hidrocefalia sifilitică, 123
Hidroftalmia, 116
Hipermetropia, 118
Hipospadias, 122
Homo heidelbergensis, 81

I

Idioplasma, 67
Idioţia amaurotică, 118
Igiena maternităţii, 29
Igiena mintală, 180
Igiena mintală în Franţa, 181
Igiena mintală în şcoli, 183, 184
Igiena mintală la copii, 182
Igiena muncii, origini, 6
Igiena procreaţiei, 49
Imbătrânirea popoarelor, 295
Importanţa medicinei sociale, 15
Impozitul pe capital, modificarea lui în scop eugenic, 172
Impozitul pe celibatari, 173
Impozitul pe succesiuni, modificarea lui în scop eugenic, 172
Impozitul pe venit, modificarea lui în scop eugenic, 172
Imprumuturi de căsătorie, 167
Imprumuturi de căsătorie în Italia, 168
Imprumuturi de căsătorie, modalitatea stingerii datoriei, 168
Imprumuturi pentru consolidarea familiei, 166
Incrucişarea raselor, 81
Indexul efectului natalităţii, 230
India, măsuri eugenice, 53
Indicele biochimic la Români, 92
Indice de densitate economică, 231
Indice de reproducţie, 243, 244
Indicele vital, 261
Indicele vital al populaţiei României, 330
Indicele vital al populaţiei României după provincii, 331
Indicele vital pe neamuri, 262
Indicele vital simplu, 262
Indicele vital specific pe grupe de vârstă pentru femei, 262
Industrializarea, acţiune disgenică, 136
Industrializarea, efecte demografice, 358
Infecţiunea gonococică, acţiune disgenică, 125
Inferioritatea constituţională a săracilor, 349
Institut biotipologic ortogenetic, 159
Institute de medicină socială, 33
Institute pentru biologia eredităţii şi igiena rasei, 159
Institutul naţional al sănătăţii din Spania, 35
Intervenţionism de stat în demografie, 211
Invăţământul igienei rasei în Germania, 34
Invăţământul medical român, începuturile, 38
Invăţământul medicinei sociale, 32
Invăţământul medicinei sociale în Germania, 33
Invăţământul medicinei sociale în ţările de tip agricol, 35
Investigaţii demografice, metode, 262

Scanned with OKEN Scanner

Ipoteza provizorie pangenetică a lui Darwin, 66
Istoricul medicinei sociale, 19
Italia, centre de observaţie pentru minori, 184
Italia, împrumuturi de căsătorie, 168
Italia, învăţământul medicinei sociale, 34

J

Japonia, învăţământul medicinei sociale, 34

L

Legea germană a colonizărilor rurale, 162
Legea germană a sterilizării, 154
Legea germană pentru protecţia sanitară a căsătoriei, 147
Legea moşiei succesorale, 189
Legea relativă la familia şi natalitatea franceză, 177
Legea sanitară Cantacuzino, 39
Legiferarea antialcoolică, 180
Legile lui Mendel, 68
Legislaţii complecte de politică eugenică a familiei, 176
Letalitatea, formula numerică, 229
Letalitatea socială, 378
Ligi naţionale de igienă mintală, 181
Locuinţa, înrîuriri asupa situaţiei demografice, 354
Locuinţa insalubră, acţiune disgenică, 134
London school of hygiene and tropical medicine, 3
Longevitatea, evoluţie dealungul timpului, 377
Longevitatea în funcţie de mediu, 377
Lucrările lui Darwin şi eugenia, 58
Lupta antituberculoasă şi eugenia, 179
Luxaţia congenitală a articulaţiei coxo-femurale, 122
Luxaţia congenitală a cristalinului, 117

M

Malaria,acţiune disgenică, 128
Malformaţii fizice ereditare, 120
Malthusian League, 63
Malthusianismul, critica, 390
Maniaco-depresivii, situaţia colateralilor, 112
Maniaco-depresivii, situaţia copiilor, 112
Maniaco-depresivii, tipul constituţional, 112
Mari etape ale medicinei sociale, 19
Massa mijlocie a populaţiei, 138
Măsuri biologice cu caracter eugenic, 143
Măsuri eugenice în Principatele Române, 64
Măsuri practice de eugenie, 143
Măsuri sociale cu caracter eugenic, 161
Materia medicinei sociale, 12
Media de viaţă, 266
Media de viaţă în România, 338
Media de viaţă la diferite vârste, 267
Media de viaţă pe ţări, 294
Medicina legală în secolul XVII, 23
Medicina monastică, 22
Medicina politică, 11
Medicina preventivă şi medicina socială, 11
Medicina socială, definiţie, 4
Medicina socială, evoluţia generală a ideilor, 3
Medicina socială, importanţă, 15
Medicina socială în România, 36
Medicina socială în Regulamentul organic, 37
Medicina socială în antichitate, 4, 21
Medicina socială în evul mediu, 5, 22.

Scanned with OKEN Scanner

Medicina socială în secolul XVIII, 23
Medicina socială în secolul XIX, 6, 24
Medicina socială, învățământ, 32
Medicina socială, istoric, 19
Medicina socială, metode, 27
Medicina socială, origini, 4
Medicina socială, sfera de acțiune, 8
Medicina socială sub Regele Carol I, 38
Medicina socială, subdiviziuni, 13, 15
Medicina socială și factorii economico-sociali, 9
Medicina socială și formele de organizare economică, 20
Medicina socială și formele de organizare politică, 19
Medicina socială și igiena, 4, 9
Medicina socială și igiena rasei, 11, 18
Medicina socială și medicina clinică, 10
Medicina socială și medicina muncii, 11, 20, 23
Medicina socială și metodele igienei clasice, 29
Medicina socială și metodele investigației medicale, 27
Medicina socială și metodele politicii sociale, 30
Medicina socială și metodele statisticii, 29
Medicina socială și politica sanitară, 10
Medicina socială și principiul predominării colectivului, 7
Medicina socială și protecția muncii, 17
Medicina socială și sociologia, 8, 30
Medicina socială și statul democrat, 6
Mediul, acțiunea asupra mortalității generale, 378
Mediul familial și demografia, 360
Mediul și acțiunea asupra longevității, 375, 377
Mediul și acțiunea asupra natalității, 375
Mediul și acțiunea asupra validității, 375
Mediul și bolile primei vârste, 380
Mediul și diferențierea claselor sociale, 350
Mediul și morbiditatea, 380
Mendelismul, 58
Mendelismul, legi, 68
Mental deifciency act, 62
Metabolism, diferențieri după rasă, 95
Metasifilis, 123
Metasifilisul și rasa, 100
Metisaj, 150
Metoda cazuistică în demografie, 228
Metoda înregistrării continui, 227
Metoda monografică, 224
Metoda sănătății dirijate, 6
Metodele demografiei, 222
Mici colonizări rurale, 163
Mici colonizări rurale în Germania, 164
Mici colonizări rurale în Italia, 164
Microfakia ereditară, 117
Microtie, 120
Migrațiuni, 137, 214, 369
Migrațiuni, consecințe, 371, 373
Migrațiuni exterioare, 369
Migrațiuni interioare, 371, 372
Migrațiuni, reversibilitatea, 372
Migrațiunile raselor, 82
Ministerul sănătății publice în România, întemeiere, 40
Minori anormali psihici, clasificare, 182
Miopia, 118
Mișcarea eugenică în România contimporană, 65
Monografii, definiție, 224
Monografii în scop eugenic, 226
Monografii în Statele-Unite, 225
Monografii, reguli metodologice, 225
Monografii sanitare, 225
Monomerie, 75
Morbiditatea, 356

Scanned with OKEN Scanner

Morbiditatea, influența asupra valorii calitative a populației, 339
Morbiditatea și mediul, 380
Morbiditatea și populația inactivă, 339
Morfinomanie, 132
Mortalitatea, 245, 268
Mortalitate, coeficientul de scădere, 245, 247
Mortalitatea, formula numerică, 229
Mortalitatea generală și mediul, 378
Mortalitatea în diferite țări, 246
Mortalitatea în perioada 1923—1938, 245
Mortalitatea în România, 312
Mortalitatea în România, după medii, 312
Mortalitatea în România, evoluție, 313
Mortalitatea în România pe provincii, 313
Mortalitatea infantilă, 229, 251, 285
Mortalitatea infantilă după tipul structural al populațiilor, 287, 288, 289, 290.
Mortalitatea infantilă, evoluția în perioada 1923—1938, 255
Mortalitatea infantilă în diverse țări, 253, 286
Mortalitatea infantilă în România, 315
Mortalitatea infantilă în România, pe județe, 315
Mortalitatea infantilă în România, pe medii, 316
Mortalitatea infantilă, ritmul scăderii, 252
Mortalitatea infantilă, scăderea în perioada 1841—1938, 254
Mortalitatea infantilă, scăderea în timp, 251, 252
Mortalitatea infantilă și factorii economici, 353
Mortalitatea pe grupe de vârstă, 285
Mortalitatea pe grupe de vârstă și mediul, 379
Mortalitatea profesională, 355
Mortalitatea specifică pe grupe de vârstă, 229, 248
Mortalitatea tuturor grupelor de vârstă, 281, 291, 292
Mortinatalitatea, 229, 257
Mortinatalitatea în România, 318, 319
Mortinatalitatea în România, pe județe, 320, 321
Mortinatalitatea în România, pe provincii, 319, 320
Moții, caractere rasiale, 93
Munca femeilor ca factor disgenic, 134
Munca profesională ca factor disgenic, 135

N

Nanism, 120
Nașterile gemelare și natalitatea pe țară, 241
Natalitatea, 239, 268
Natalitatea demografică minimă, 388
Natalitatea după clase sociale, 51
Natalitatea, formula numerică, 229
Natalitatea în diferite țări, 240
Natalitatea în România, 306
Natalitatea în România, descreșterea pe provincii, 307
Natalitatea în România, evoluție, 307
Natalitatea în România, pe județe, 308, 309
Natalitatea minimală, 175
Natalitatea pe epoci deceniale, 241
Natalitatea și factorii economici, 353
Natalitatea socială, 375
Natalitatea, tendința la descreștere, 242
Națiunea, 81
Neomalthusianismul, 389
Noii-născuți, repartiția după sex, 241

Scanned with OKEN Scanner

Rasa mongoloidă, 84
Rasa negroidă, 84
Rasa pigmoidă, 84
Rasa şi afecţiunile glandelor endocrine, 97
Rasa şi bolile de piele, 99
Rasa şi bolile hepatice, 98
Rasa şi bolile infecţioase, 98
Rasa şi bolile sângelui, 98
Rasa şi bolile sistemului nervos, 99
Rasa şi climatul, 83
Rasa şi metasifilisul, 100
Rasa şi paludismul, 99
Rasa şi patologia femeii, 101
Rasa şi patologia oculară, 102
Rasa şi patologia urechii, 102
Rasa, stabilitate, 81
Rasa, studiul, 80
Rasa, tipul alpin, 83
Rasa, tipul european, 83
Rasa, tipul mediteranean, 84
Rasa vedo-australiană, 84
Rasele, caractere, 86, 87
Rasele primitive, 81
Rasele primitive, formare şi încrucişare, 81
Războaiele, acţiune disgenică, 138
Recensământul familiilor, 360
Recensăminte, 209, 210
Recensăminte eugenice, 226
Recensăminte în antichitate, 219
Recensăminte, metode, 223
Recensăminte, scop, 223
Recesivitatea caracterelor, 74
Reforme fiscale cu scop eugenic, 171
Regulamentul organic, prevederi medico-sociale, 37
Reprezentări grafice în demografie, 231
Retinita pigmentară, 118
Ritmul scăderii mortalităţii generale, 247
Ritmul scăderii mortalităţii infantile, 252
Ritmul scăderii natalităţii, 243
Romani, eugenia la, 55
Romani, medicina socială la, 21
România, cauze de deces la copii, 322
România, cauze de deces pe grupe de vârstă, 324
România, densitatea populaţiei, 298
România, divorţuri, 303
România, evoluţia medicinei sociale, 36
România, evoluţia mortinatalităţii, 319
România, evoluţia numerică a populaţiei, 300, 301
România, evoluţia structurii demografice, 335
România, excedentul natural, 327
România, excedentul natural pe judeţe, 329
România, excedentul natural pe provincii, 328
România, fertilitatea, 310
România, fertilitatea pe grupe etnice, 311
România, întemeierea Ministerului sănătăţii publice, 40
România, media de viaţă, 338
România, mortalitatea, 312
România, mortalitatea după medii, 31
România, mortalitatea infantilă, 315
România, mortalitatea infantilă pe judeţe, 314, 315, 317, 318
România, mortalitatea infantilă pe provincii, 316
România, mortinatalitatea, 318
România, natalitatea, 306
România, nupţialitatea, 302, 303
România, nupţialitatea pe judeţe, 304
România, populaţia după starea civilă, 301
România, populaţia pe neamuri şi religii, 336
România, primele legi sanitare, 39
România, principalele cauze de deces, 323
România, procentele minoritarilor pe provincii, 337

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner